

This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

- + Make non-commercial use of the files We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + Refrain from automated querying Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + Maintain attribution The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + Keep it legal Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

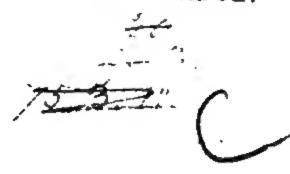
Nous vous demandons également de:

- + Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
- + Ne pas procéder à des requêtes automatisées N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
- + Ne pas supprimer l'attribution Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
- + Rester dans la légalité Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse http://books.google.com

E.BIBL. RADCL.



1512 d. 679

					2
					•
			•		
				•	
	-				
		•			
		•			
-					
			•		
			-		
		•			
	•			•	
•					
		•			

•		•		
	•		·	
			•	•
	•			
		•		

•				
				•
	•			
			4	
			·	
			•	
	•			
		•		
		•		
		•		

	•	
		•

GUIDE

bt

MÉDECIN PRATICIEN.

TOME TROISIÈME.

OUVRAGES DU MÊME AUTEUR.

CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS, avec deux planches coloriées représentant le céphalæmatome sous-péricrânien et son mode de formation. 1 vol. in-8.

TRAITÉ DES NÉVRALGIES OU AFFECTIONS DOULOUREUSES DES NERFS. 1 vol. in-8.

GUIDE

D C

MÉDECIN PRATICIEN

υť

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

DE PATHOLOGIE INTERNE

ET DE THERAPEUTIQUE APPLIQUEES,

PAR

F.-L.-I. VALLEIX,

Médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite (ancien Hôtel-Dieu annexe), Membre titulaire de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique, Membre de la Société médicale des hôpitaux, etc.

Deuxième édition, revue, corrigée et augmentée.

TOME TROISIÈME.

MALADIES DES VOIES DIGESTIVES. - MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES.

A PARIS,

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE NATIONALE DE MÉDECINE, BUE HAUTEFEUILLE, 19.

A LONDRES, CHEZ H. BAILLIÈRE, 219, REGENT STREET.

A NEW-YORK, CHEZ H. BAILLIÈRE, LIBRAIRE, 469, FULTON STREET.

A MADRID C. BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DUL PRINCIPE, 11.

1850

		•	
•			
	•		
	•		
		•	
		·	
	•		
	•		
•			
•			

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN.

LIVRE TROISIÈME.

Maladies des voies digestives (Suite).

CHAPITRE SIXIÈME.

MALADIES DES INTESTINS.

Ces affections, non moins importantes que celles de l'estomac, présentent, comme ces dernières, de grandes difficultés. Ce sont elles qui ont été principalement invoquées en faveur des divers systèmes médicaux, soit qu'on voulût localiser les maladies, soit qu'on voulût défendre les anciennes opinions sur les fièvres. Il importe donc de les étudier avec soin; mais avant d'entreprendre leur description, je dois de nouveau prévenir qu'on ne trouvera dans ce chapitre ni l'entérite folliculeuse, qui sera décrite dans le chapitre consacré aux fièvres, et sous le nom de fièvre typhoide; ni la colique saturnine, qui aura sa place parmi les empoisonnements par le plomb.

ARTICLE IT.

ENTÉRORRHAGIE.

L'hémorrhagie qui a lieu à la surface de l'intestin est une de celles qui sont le moins bien connues. Excepté les cas, en effet, où cette hémorrhagie est occasion-née par l'ulcération de l'intestin, et principalement dans la fièvre typhoïde, on n'a que des idées imparfaites sur la cause organique qui donne lieu à l'écoulement du sang par les selles; il est vrai que les cas d'ulcères soit typhoïdes, soit cancéreux, sont de beaucoup les plus fréquents; mais alors on n'a affaire qu'à un simple accident d'une maladie déjà grave par elle-même.

Les anciens n'ont pas suffisamment distingué les hémorrhagies des diverses parties du canal intestinal. Tantôt ils ont décrit simultanément l'entérorrhagie et les hémorrhoïdes fluentes, sans établir de grandes différences entre elles, et tantôt ils out indiqué les symptômes de la maladie sans rechercher si le sang était versé à la surface de l'intestin ou s'il venait d'une autre source. Il s'ensuit que nous avons des renseignements très incomplets sur l'entérorrhagie simple, ou, pour me servir d'une expression consacrée, de l'entérorrhagie essentielle. Il serait donc inutile d'entrer dans de très grands détails sur cette affection que nous allons décrire rapidement.

Définition; synonymie; fréquence. L'entérorrhagie telle qu'on la comprend aujourd'hui est un écoulement de sang dans l'intérieur de l'intestin. Cette affection a été décrite sous le nom de morbus niger Hippocratis, de melæna, melænorrhagia, fluxus hepaticus, etc.; mais, ainsi que je l'ai dit plus haut, ces diverses dénominations ont été appliquées souvent à plusieurs maladies différentes. L'entérorrhagie n'est pas une maladie fréquente: on comprend, en effet, que je ne fais pas entrer sous cette dénomination les selles sanguinolentes de la dyssenterie, et cela par les mêmes raisons que j'ai données à l'article Hémoptysie, où les crachats sanglants de la pneumonie n'ont point été regardés comme une hémorrhagie.

Causes. On ne peut gnère assigner de causes prédisposantes à l'hémorrhagie intestinale. Cependant, s'il faut en croire quelques auteurs (Camerarius, Vogel, etc.), à l'opinion desquels s'est rangé Billard, les enfants nouveau-nés y seraient plus exposés que les sujets avancés en âge. Pour moi, je n'ai pas observé d'hémorrhagie intestinale bien caractérisée peu de temps après la naissance. Les mêmes médecins ont prétendu aussi que les vieillards y étaient particulièrement exposés; mais n'aton pas eu affaire en pareil cas à de simples hémorrhoides?

Quelques altérations du sang, comme l'augmentation des globules et la diminution de la fibrine, peuvent être regardées aussi comme des causes prédisposantes. On voit l'hémorrhagie intestinale survenir assez fréquemment dans le scorbut.

Les causes déterminantes sont mieux connues. Nous avons un assez grand nombre d'observations dans lesquelles l'introduction de corps étrangers a déterminé des hémorrhagies intestinales. Quelquesois c'est un polype dont le siège de prédilection est dans le rectum; on en trouve un exemple rapporté par le docteur Freteau (1). L'invagination intestinale détermine ordinairement une inflammation violente qui peut, en produisant des érosions, donner lieu à l'entérorrhagie. Les ulcères intestinaux, et principalement, comme je l'ai dit plus haut, ceux de la sièvre typhoside, occasionnent parsois le même accident; aussi un grand nombre des auteurs des siècles passés ont-ils rangé parmi les causes de l'entérorrhagie les diverses espèces de sièvre alors admises. Le cancer de l'intestin peut, comme celui de l'estomac, produire une hémorrhagie interne. Quant aux écoulements de sang par l'anus, dont la source se trouve dans d'autres organes, comme le soie, la rate, les vaisseaux communiquant avec l'intestin par une perforation, il ne doit pas en être question ici, cet accident devant trouver sa place dans les affections de ces organes.

Enfin il est parfois impossible de découvrir aucune de ces causes. J'en ai eu récemment sous les yeux un exemple remarquable à l'hôpital de la Pitié. Le sujet de l'observation avait, tous les jours ou tous les deux jours, une ou plusieurs selles contenant environ 2 ou 300 grammes de sang pur, noir en partie, et en partie rouge et spumeux. Cependant son ventre était bien conformé, on ne sentait aucune

⁽¹⁾ Journ. gén. de med., redigé par J. Sedillot, t. XIA.

tameur. Le doigt introduit dans le rectum le trouvait dans l'état naturel. Il n'y avait point de sièvre, il n'existait aucun signe de scorbut, et les signes d'anémie que présentait ce malade étaient évidemment consécutifs à l'hémorrhagie; car on les vit apparaître seulement après un assez grand nombre de déjections sanglantes. Pent-être existait-il une cause organique, mais nos moyens d'investigation ne pouvaient pas la découvrir. Les anciens, et en particulier Hossmann (1) ont eu recours à des hypothèses pour expliquer l'irruption du sang dans l'intestin, mais il serait inutile de les présenter ici.

Symptômes. Il serait impossible de recourir d'une manière fructueuse à la description des symptômes telle que nous l'ont laissée les auteurs des siècles précédents. Pour eux, en effet, les symptômes fébriles, qui existent dans un bon nombre de cas, font partie de l'hémorrhagie elle-même, tandis que pour nous l'écoulement du sang n'est autre chose qu'un accident survenant dans le cours d'une maladie qui n'a d'autres rapports avec lui que ceux de cause à effet. Cependant, comme au milieu de ces descriptions il est quelques symptômes qui se rapportent uniquement à l'entérorrhagie, je les indiquerai dans l'exposé qui va suivre.

Dans le plus grand nombre des cas, le sang, après avoir été versé dans l'intestin, est rejeté au dehors par l'anus. On voit alors les malades éprouver d'abord des coliques plus ou moins vives, avec un sentiment de faiblesse porté souvent jusqu'à la défaillance. Puis un besoin pressant d'aller à la garde-robe se fait sentir, et le sang s'échappe en plus ou moins grande abondance. Quelquefois il n'y en a qu'une petite quantité mêlée à des matières qui ont conservé une certaine consistance; mais ces cas sont de beaucoup les plus rares, et il n'est pas douteux que souvent on n'ait regardé comme du sang provenant de l'intestin lui-même, une petite quantité de ce liquide qui avait sa source dans les environs de l'anus, chez des sujets plus ou moins constipés. D'autres fois, comme chez le malade dont j'ai parlé plus haut, le sang est abondant. Il peut être alors liquide, spumeux, rutilant, ce qui a lieu surtout lorsqu'une artériole a été ouverte par une ulcération cancéreuse.

Parsois les déjections alvines, au lieu de suivre immédiatement les premières coliques déterminées par l'écoulement de sang dans l'intestin, ont lieu plus ou moins longtemps après. En pareil cas, le sang est noirâtre, quelquesois pris en caillots mous et plus ou moins volumineux. Ensin il n'est pas rare de voir le sang liquide, mêlé à des matières sécales également liquides, se présenter sous la sorme d'une matière noirâtre parsois très sétide. C'est ce que l'on observe principalement dans la sièvre typhoïde.

il est rare que l'hémorrhagie intestinale soit assez abondante pour menacer la vie du malade; cependant on a cité des cas de ce genre. Alors surviennent les phénomènes communs à toutes les grandes hémorrhagies : la faiblesse, le refroidissement des extrémités, les sueurs froides, etc. L'évanouissement qui accompagne ces grandes pertes de sang peut également se montrer dans des hémorrhagies très peu abondantes. Galien croyait que l'action du sang putréfié sur l'intestin était la cause de ce phénomène; mais, comme on le voit survenir dans les hémorrhagies où cette action ne peut pas avoir lieu, et même dans une simple saignée, on ne peut admettre une semblable explication.

^{11;} Diss. med. pract. de morb. nig. Hippocr. (Opera omnia, Suppl. II; Genève, 1760).

Parsois le sang qui s'accumule dans l'intestin ne peut pas se soire jour au dehors. Les cas de ce genre sont sort rares dans cette affection, et presque toujours avant qu'il y eût hémorrhagie, il y a eu quelques déjections alvines sanglantes qui mettent promptement sur la voie. On voit alors survenir les symptômes de l'hémorrhagie interne que j'ai déjà indiqués dans l'article consacré à l'hématémèse : ce sont les coliques, la faiblesse, la syncope, le resroidissement, les sueurs froides, la petitesse du pouls, les horripilations, etc. On peut s'assurer que le sang s'est accumulé et continue à s'accumuler encore dans l'intestin, par la percussion, qui donne un son mat plus ou moins étendu.

Je ne crois pas devoir m'étendre davantage sur la description de ces symptômes. Si je voulais, en effet, exposer les diverses espèces d'entérorrhagie en particulier, je devrais faire entrer dans cet article des détails appartenant au cancer de l'intestin, à la sièvre typhoïde, à plusieurs autres maladies, ce qui me serait sortir de mon cadre.

Marche; durée; terminaison. Il est rare que l'entérorrhagie fasse périr les malades en une seule fois; elle se reproduit plus ou moins souvent avant de donner lieu à cette terminaison funeste. Quelquefois c'est à des intervalles très éloignés que se renouvelle l'hémorrhagie intestinale; c'est ce que l'on voit notamment dans certains cas d'affections cancéreuses. Il en résulte que la durée de l'affection est indéterminée.

Quant à la terminaison fatale, c'est rarement à l'hémorrhagie elle-même qu'on doit l'attribuer. Cependant on a cité un certain nombre de cas où cette terminaison a été déterminée soit par une perte de sang rapidement abondante, soit par des hémorrhagies successives qui ont détérioré complétement la constitution. Dans tous les autres cas, c'est aux progrès de l'affection principale qu'est due la terminaison funeste, et alors l'hémorrhagie peut être un signe plus ou moins fâcheux, mais n'a pas de grands dangers par elle-même.

Lésions anatomiques. L'énumération que j'ai donnée plus haut des diverses causes organiques de l'entérorrhagie me dispense d'entrer dans de très grands détails sur les lésions anatomiques. Dans les cas rares où il n'y a qu'une exhalation sanguine, on ne trouve pas plus de lésion dans l'intestin que dans les autres organes, où nous avons vu se produire des hémorrhagies. Dans les cas de cancer, d'affection typhoïde, d'invagination, etc., on observe les altérations propres à ces maladies, et principalement des ulcérations. Mais si l'on cherche le vaisseau dont l'érosion a donné lieu à l'hémorrhagie, souvent on ne parvient à en découvrir aucun. Il se fait alors une exhalation à la surface de l'ulcère, comme dans les cas du même genre cités à propos de la gastrorrhagie.

Lorsque la mort est survenue dans le cours de l'entérorrhagie, on trouve du sang liquide, des caillots mêlés en plus ou moins grande abondance avec les matières fécales, et quelquefois occupant toute l'étendue de l'intestin.

Diagnostic; pronostic. Le diagnostic de l'hémorrhagie intestinale n'est pas, en général, difficile. Lorsque, sans vomissements de sang antérieurs, sans troubles du du côté de l'estomac, à la suite de simples coliques, on voit survenir des déjections alvines sanglantes, on ne peut guère douter que le sang ne vienne de la surface intestinale. Les signes que je viens d'indiquer distinguent, en effet, suffisamment cette hémorrhagie de la gustrorrhagie, avec laquelle on pourrait la confondre.

ENTÉRORRHAGIS. - TRAITEMENT.

L'inspection de l'anus, le toucher rectal suffisent pour faire reconnaître la présence des tumeurs hémorrhoidales, et pour lever tous les doutes sur ce point.

Mais nous avons vu que, consécutivement à une perforation, le sang pouvait être versé par des organes voisins. L'étude attentive des symptômes antérieurs, l'apparition subite d'une hémorrhagie intestinale abondante, mettront sur la voie dans les cas de ce genre, qui présentent, sans contredit, le plus de difficultés.

Les symptômes bien connus de la fièvre typhoïde, dans le cours de laquelle se produit quelquesois l'entérorrhagie, feront promptement reconnaître au praticien quelle est la cause réelle de cet accident. Quant au cancer, la présence d'une tumeur reconnaissable, par la percussion et par la palpation, à travers les parois abdominales, ou par le toucher rectal, si elle occupe un point du rectum peu éloigné de l'anus, une diarrhée de plus ou moins longue durée, les signes de la cachexie cancéreuse, serviront à faire établir le diagnostic.

Je dirai plus loin à quels signes on distingue l'hémorrhagie due à une invagination intestinale.

Quelquesois il est difficile de s'assurer que du sang est réellement contenu dans la matière des déjections alvines; il saut alors avoir recours à un procédé déjà indiqué par Fr. Hossmann. On verse le liquide contenu dans le vase jusqu'à ce qu'il ne reste que les parties situées au sond, sur lesquelles on jette ensuite une petite quantité d'eau. Par cette opération, on rend au sang sa couleur rouge, et tous les doutes sont levés. On voit que ce diagnostic n'offre presque jamais de difficultés réelles. Il n'y aurait donc pas d'intérêt à le résumer.

Pronostic. Le pronostic de l'entérorrhagie, considérée en elle-même, n'est grave que lorsque la perte de sang est extrêmement abondante; mais cette hémorrhagie peut servir à son tour de signe pronostique, et nous savons, d'après les recherches récentes, qu'en général, dans la sièvre typhoïde, elle annonce une grande gravité de l'affection. Elle n'est guère moins à redouter dans le cancer, puisqu'elle indique une érosion qui peut se terminer par une hémorrhagie soudroyante.

Traitement. Le traitement de l'entérorrhagie ne présente rien qui lui soit propre, aussi n'en dirai-je que quelques mots. On a mis en usage de petites sai-gnées générales; ce moyen ne doit être employé que dans les cas où l'hémorrhagie est peu abondante. Les boissons acidules; les lavements astringents, avec 4 à 8 grammes de ratanhia, 40 ou 50 gouttes d'acétate de plomb; des applications froides sur le ventre, et en particulier la glace enfermée dans une vessie; les lavements froids avec l'eau à la glace, tels sont les moyens principalement employés. Il faut en même temps avoir soin de tenir le ventre libre, de manière que le malade ne soit pas obligé de faire des efforts de défécation.

On a encore préconisé l'opium donné principalement en lavement, et l'essence de térébenthine, qui est surtout recommandée par Copland. Dans les cas où l'hémorrhagie est très abondante, on conseille de recourir aux ligatures des membres. Enfin, dans ces derniers temps, on a cherché à remettre en honneur le suc d'ortie, fréquemment employé par les médecins anciens. C'est M. Ginestet (1) qui a surtout vanté ce moyen comme hémostatique. Mais je reviendrai sur l'emploi de cette

⁽¹⁾ Bulletin de l'Acad. de méd.; t. IX, p. 1015, t. X, p. 364.

substance dans la description de la métrorrhagie, contre laquelle elle a été principalement dirigée.

Je ne crois pas devoir insister davantage sur ce traitement, car il sera facile d'appliquer à l'entérorrhagie ce qui a été dit à propos des autres hémorrhagies déjà décrites.

ARTICLE II.

ENTÉRITE.

Il semble, au premier abord, que rien n'est plus facile que la description de l'entérite. Cette affection est, en effet, une de celles qu'on a le plus souvent occasion d'observer; mais on ne tarde pas à s'apercevoir que, faute d'une étude suffisamment attentive des faits, les auteurs ont rendu cette description fort embarrassante.

La première difficulté qui se présente est celle-ci : Où commence et où finit l'entérite? D'une part, nous voyons des auteurs vouloir distinguer de cette affection des cas dans lesquels ils n'ont vu qu'une simple diarrhée, et, de l'autre, des médecins s'efforcer de rattacher tous les cas dans lesquels les selles sont nombreuses et abondantes à une simple inflammation de l'intestin. Quelques uns ont voulu faire de la sièvre typhoïde une espèce d'entérite, sous le nom d'entérite folliculeuse; enfin on a cherché à distinguer l'inflammation bornée à l'intestin grêle et désignée sous le nom d'entérite proprement dite, de celle qui occupe à la sois le gros et le petit intestin, qu'on a appelé entéro-colite. Malheureusement nous ne possédons pas des observations propres à lever toutes ces dissicultés; ce que l'on concevra facilement en résléchissant au peu de gravité de l'entérite dans les cas non compliqués, et à l'impossibilité où l'on est en général de vérifier par l'autopsie les idées que l'on a pu se former sur la nature et l'étendue de la maladie, suivant les cas. Cependant, en ayant principalement égard à ce que l'on observe lorsque l'entérite est survenue dans une maladie mortelle, on peut arriver à quelques résultats importants qui serviront de base à cet article.

Il faudrait citer tous les auteurs des traités de médecine depuis Hippocrate, pour indiquer ceux qui ont parlé de l'inflammation intestinale.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

Pour nous, l'entérite est l'inflammation de l'intestin grêle, qui s'étend ou non au gros intestin. On voit par cette définition que je fais mes réserves sur l'affection que l'on a nommée diarrhée idiopathique, et dont je dirai quelques mots plus loin; et que, d'un autre côté, je n'établis pas de distinction entre l'entérite proprement dite et l'entéro-colite; on en verra plus tard la raison. Quant à l'entérite folliculeuse, je n'ai pas besoin de répéter qu'elle forme pour moi une maladie à part : la fièvre typhoide, dont il sera traité au chapitre des Fièvres.

Cette maladie, connue sous les noms de colique inflammatoire, inflammation des intestins, entero-phlogia, est aujourd'hui généralement désignée sous le nom que je lui conserve.

Sa sréquence est très grande : il n'est guère d'année où chaque individu n'en éprouve quelques atteintes.

§ II. - Causes.

Les causes de l'entérite n'ont point été recherchées d'une manière très rigoureuse, ce qui tient, sans aucun doute, au peu de gravité de la maladie, qui n'a fixé que médiocrement sur elle l'attention des médecins.

1° Causes prédisposantes.

Tous les ages sont sujets à l'entérite; mais d'après les recherches de Billard et les miennes (1), les enfants très jeunes y sont plus exposés que les sujets avancés en âge, surtout lorsque, comme il arrive trop souvent, on leur donne une nourriture qui ne leur convient pas. Quant au sexe, nous n'avons rien de bien positif à en dire.

Il est quelques individus qui sont plus sujets que d'autres à l'inflammation intestinale, sans qu'on puisse savoir quelle en est la cause. La faiblesse, la détérioration de la constitution, qui prédisposent à toutes les inflammations, prédisposent nécessairement à l'entérite. Aussi voit-on surtout cette maladie survenir dans le cours des convalescences et chez les sujets fortement débilités. Elle est également très fréquente dans le cours des diverses affections, et surtout des maladies inflammatoires avec mouvement fébrile de longue durée, aiusi que dans les affections fébriles chroniques; mais les cas de ce genre ne doivent pas nous occuper ici. Il serait, comme on le voit, inutile d'insister sur des causes prédisposantes pour la connaissance desquelles nous avons si peu de renseignements précis.

2° Causes occasionnelles.

On a voulu ranger parmi les causes occasionnelles des violences extérieures sur l'abdomen; mais dans les cas de ce genre il n'y a pas simple entérite. Les irritents du tube digestif, les aliments âcres, les boissons alcooliques, l'impression du froid le corps étant en sueur, sont les causes que l'on regarde comme produisant l'entérite. Cependant, si l'on consulte les observations, on voit qu'à peu d'exceptions près, l'entérite a lieu pendant l'été; c'est ce qui n'avait pas été suffisamment établi. Quelquesois, après l'administration des purgatifs, il reste une irritation de l'intestin qui dure un temps plus ou moins long, et qui est due alors à une véritable inslammation. Enfin, il faut le dire, dans le plus grand nombre des cas, cette maladie survient sans qu'on puisse en découvrir la cause.

Chez les nouveaux-nés, l'entérite est souvent causée par une nourriture séculente disproportionnée à leurs sorces digestives : c'est ce que j'ai démontré dans un travail pratique sur l'entérite (2).

§ III. — Symptômes.

Dans la description des symptômes, on a voulu diviser l'entérite en autant d'espèces particulières qu'il y a de parties plus ou moins distinctes dans le tube intestinal. C'est ainsi qu'on a décrit la duodénite, l'iléite, l'inflammation du cœcum ou typhlite, et enfin la colite; mais je ne crois pas qu'il y ait la moindre utilité à adwettre une semblable division. La duodénite, sur laquelle j'aurai occasion de

¹¹ Voy. Clin. des malad. des enfants nouv.-nes, p. 268 et 462.

⁽²⁾ Consid. sur les causes, le diagn. et le trait. de l'entérile aigué des adulles et des nouvenés, et de la dyssenterie (Bull. yén. de thér., mars 1845).

revenir quand il s'agira des maladies du soie, n'est pas une maladie qu'on puisse décrire séparément. Quant à l'iléite, elle n'a point, comme l'a démontré M. Louis (1), de symptômes qui la distinguent parsaitement de l'instammation intestinale occupant une plus grande étendue de l'organe et se prolongeant au gros intestin. Enfin il n'y a d'affection réellement bornée au gros intestin, ou du moins ayant son siège principal dans cette partie, que la dyssenterie, à laquelle je consacrerai un article à part.

La typhlite, maladie décrite principalement par les médecins allemands, mérite seule une mention spéciale; mais comme toute l'importance de cette inflammation consiste dans les abcès de la fosse iliaque droite, qui en sont la conséquence, que d'ailleurs elle est très peu connue en elle-même, je pense qu'il sussira d'en parler lorsque je donnerai la description du phlegmon iliaque.

Je sais bien que l'on a décrit des symptômes dissérents comme appartenant à chacune de ces espèces prétendues d'entérite; mais l'observation n'a pas confirmé ces idées théoriques. Ainsi Broussais croyait qu'on pouvait distinguer l'entérite bornée au petit intestin, de la colite, en ce que, dans la première, il n'y avait point de diarrhée, et qu'il existait plutôt une véritable constipation, tandis que le dévoiement était caractéristique de la seconde; mais dans des cas où l'entérite est survenue au milieu d'une maladie mortelle, on a vu la diarrhée coîncider avec l'inflammation du petit intestin seul, aussi bien qu'avec celle de l'un et de l'autre à la fois, et rien, comme l'a démontré M. Louis, n'a prouvé que la supposition de Broussais sût sondée. Je me bornerai donc, dans la description suivante, à décrire l'entérite d'une manière générale, car, je le répète, rien dans l'état actuel de la science n'autorise à agir autrement.

Ainsi limitée, l'entérite ne nous présente qu'un ensemble de symptômes bien simples. Le plus caractéristique est une diarrhée souvent très abondante, précédée, dans presque tous les cas, de coliques souvent très douloureuses, mais presque jamais aussi violentes que les coliques dues à d'autres causes, et que l'on désigne, d'une manière générale, sous le nom de coliques nerveuses. La douleur qui constitue ces coliques est vive, intermittente, ordinairement de courte durée, et se reproduisant à des intervalles d'autant plus courts, que la maladie est plus violente. C'est principalement autour de l'ombilic que commencent ces coliques, puis elles parcourent le ventre dans différents sens. M. Louis ne les a vues que deux sois, sur vingt-trois cas, suivre la direction du côlon transverse. En même temps le ventre est douloureux à la pression, surtout vers la région ombilicale. Rarement la douleur s'étend à des points éloignés, et jamais, ou presque jamais, elle n'envabit l'épigastre.

C'est peu après les coliques, comme je l'ai dit plus haut, que surviennent les selles liquides. Souvent alors les malades sentent dans l'abdomen des borhorygmes, des mouvements qui contournent d'abord l'ombilic, qui se portent ensuite vers le bassin dans la direction du gros intestin, et sont immédiatement suivis du besoin d'aller à la garde-robe.

Les premières selles contiennent une plus ou moins grande quantité de matières sécales, dont une partie peut avoir encore conservé sa consistance; mais bientôt après en surviennent d'autres entièrement liquides. Souvent ces matières ont une

(1) Recherches our l'affect. typhoide et sur la phthisie.

action corrosive qui se fait sentir à l'anus et déterminent une vive souffrance. Elles prennent alors un aspect presque séreux et paraissent seulement colorées par une plus ou moins grande quantité de bile. Le nombre de ces selles peut varier de quatre ou cinq à trente et même plus dans les vingt-quatre heures ; dans ce dernier cas, la maladie se rapproche du choléra sporadique.

Lorsque les selles sont très nombreuses, et qu'elles ont été précédées de coliques vives annonçant une grande intensité du mal, il n'est pas rare de voir survenir, outre la denleur de l'anus, un véritable ténesme, et même des déjections alvines composées en partie de mucus sanguinolent; ce qui prouve encore combien sont peu fondées les divisions scolastiques établies, puisque ces symptômes sont ceux de la dyssenterie. Que s'est-il donc passé dans ces cas? Rien autre chose sans doute qu'une augmentation notable de l'inflammation, surtout dans le gros intestin.

Tels sont les symptômes principaux de l'entérite aignë. Voyons maintenant ceux qui viennent s'y joindre, seulement dans un certain nombre de cas. Le plus souvent il n'y a aucun mouvement fébrile. Quelquesois seulement on observe les phénomènes suivants: quelques frissons légers, un peu de sensibilité au froid au début de la maladie et dans son cours; une légère élévation de la chaleur; des sueurs assez remarquables qui se montrent dans un bon nombre de cas, qui se manisestent souvent au début de la maladie et qui quelquesois sont abondantes; ensin un peu d'accélération du pouls (quatre-vingts pulsations dans les observations de M. Louis) chez un petit nombre de sujets. Voilà ce qui constitue ce mouvement sébrile, qui, je le répète, n'a lieu que dans un petit nombre de cas, et principalement lorsque la maladie prend quelques caractères de la dyssenterie.

L'état des forces, quoiqu'un peu altéré, ne présente cependant jamais de prostration réelle. Enfin très rarement un peu de céphalalgie, point de symptômes cérébraux; dans un petit nombre de cas seulement, des nausées et une perte plus ou moins complète de l'appétit, la langue blanchâtre ou naturelle, et non rouge, comme on l'a dit à tort: tel est l'ensemble des phénomènes qui constituent l'entérite.

On trouvera sans doute cette description bien différente de celle qui a été présentée par quelques auteurs; mais c'est d'après les observations qu'elle est saite, et non d'après des articles où se trouvent réunis des cas de sièvre typhoïde, d'entérite compliquée, en un mot des affections où l'entérite ne se présente pas seule à l'observation. Je n'insisterai donc pas davantage, et je me contenterai de dire un mot de l'entérite des nouveaux-nés, qui dissère de celle des adultes par une plus grande gravité.

L'entérite des nouveaux-nés se montre assez fréquemment avec une grande violence, sans qu'aucune maladie antécédente soit nécessaire pour cela; c'est sans doute l'état de faiblesse propre aux enfants qui explique cette facilité avec laquelle l'intestin s'enflamme fortement chez eux. Les symptômes de cette affection ne diffèrent pas sensiblement de ceux qu'on observe chez l'adulte. Les coliques, la diarrhée plus ou moins abondante, une certaine tension du ventre, un mouvement fébrile marqué, tels sont les phénomènes que l'on constate; mais il y a ceci de remarquable, qu'au bout d'un certain temps il survient, dans un très grand nombre de cas, une nouvelle affection qui n'est autre chose que le muguet. J'ai vu aux Ensants-Trouvés ces deux maladies se succèder d'une manière tellement constante, qu'il ne me paraît pas douteux que, dans la majorité des cas du moins, l'une ne soit la conséquence de l'autre. Tout récemment encore, j'ai vu plusieurs cas de muguet dans lesquels il était évident qu'une inflammation intestinale, déterminée par un mauvais régime, avait précédé l'inflammation pseudo-membraneuse de la bouche. Ce sont là les seules particularités qui méritent d'être signalées.

Il reste maintenant à dire un mot de certaines formes d'entérite décrites par les auteurs. Je me suis déjà expliqué sur l'entérite circonscrite et sur l'entérite diffuse, et j'ai dit que les signes invoqués dans le but de les faire distinguer n'étaient point suffisants, du moins dans la majorité des cas. Relativement à la nature des matières rendues par les selles, on a distingué l'entérite en séreuse, muqueuse, bilieuse, stercorale; mais on voit trop souvent ces diverses espèces de matières se succéder dans un seul et même cas, pour qu'on puisse fonder sur elles de véritables variétés. On a encore admis les entérites phlegmoneuse, érythémateuse, rhumatique, arthritique, hémorrhoidale, catarrhale, etc. Il serait trop long d'énumérer toutes ces espèces, dont quelques particularités insignifiantes ont été le motif. Disons qu'au lit du malade toutes ces prétendues variétés disparaissent, et que l'influence plus grande de tel ou tel traitement, dans tel ou tel cas, n'est nullement démontrée. Il serait donc inutile de chercher à donner les caractères de ces diverses formes, que le raisonnement plutôt que l'observation a fait admettre.

Un mot seulement sur l'entérite pseudo-membraneuse, à laquelle quelques auteurs ont donné une assez grande importance. Il est évident que, dans le plus grand nombre des cas où l'on a mentionné l'existence d'une fausse membrane dans l'intestin, on avait eu affaire à une dyssenterie. Dans les autres, il existait presque toujours une grande tendance à la formation des fausses membranes, et c'est, comme l'a fait remarquer M. Bretonneau, chez des sujets offrant dans le pharyux, dans les fosses nasales, etc., des pseudo-membranes diphthéritiques, qu'on en a trouvé de semblables dans l'intestin. Ainsi, d'une part, nous avons, comme on le voit, des cas de dyssenterie véritable, et, d'autre part, des cas compliqués où l'entérite n'est qu'un phénomène accessoire, quoique annonçant une grande gravité de la maladic. C'est pourquoi je n'entrerai pas dans de plus grands détails sur ce point.

§ IV. - Marche; durée; terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est presque toujours très aiguë et très rapide. Bientôt portée au plus haut degré, l'entérite diminue ensuite promptement et sans exacerbation marquée, à moins qu'un mauvais régime ne vienne l'entretenir. Dans les cas observés par M. Louis, la durée a été de trois à quatre jours, à partir de l'entrée à l'hôpital, ce qui suppose une durée moyenne d'un septénaire au plus. Les écarts de régime peuvent prolonger considérablement cette durée; aussi trouve-t-on dans les auteurs des exemples d'entérite qui a duré viugt jours et plus.

La terminaison de la maladie est bien rarement satale chez l'adulte, lorsqu'elle survient au milieu d'une bonne santé. M. Louis n'en a observé qu'un seul exemple (1). Nous avons vu que chez les ensants elle pouvait, lorsqu'elle était violente dès le début, se terminer assez promptement par la mort. Dans les cas où

⁽¹⁾ Recherches sur la fièvre typhoide, 2º édit.

il existe une maladie grave, l'entérite s'ajoute aux causes de mort et peut hâter souvent la terminaison fatale.

§ V. - Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques de l'entérite n'ont guère été décrites que dans des cas où l'inflammation intestinale était survenue comme complication d'une autre maladie, et il semble, au premier abord, qu'on n'en puisse rien conclure relativement à l'entérite simple; mais les symptômes sont tellement identiques dans l'un et dans l'autre cas, qu'on ne peut douter que les lésions qui les produisent ne soient les mêmes. C'est d'ailleurs ce qui a été démontré directement dans le cas simple observé par M. Louis.

La rougeur, la tuméfaction, le ramollissement de la membrane muqueuse et du tissu sous-muqueux, soit de l'intestin grêle seul, soit des deux intestins à la fois dans une plus ou moins grande étendue, tels sont les principaux caractères de cette inflammation. On a, dans quelques cas, trouvé des excoriations superficielles et une infiltration sanguine du tissu sous-muqueux; mais jamais ces lésions profondes et occupant un siége spécial (les plaques de Peyer) que l'on rencontre dans la fièvre typhoïde. Dans deux cas chez des enfants (1), j'ai trouvé une ou deux petites ulcérations qui n'avaient point de caractère particulier et que je n'ai pu rattacher à la fièvre typhoïde.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de l'entérite simple, envisagée d'une manière générale, est assurément un des plus faciles. En effet, les coliques promptement suivies d'une diarrhée d'abord fécale, puis plus ou moins séreuse, appartiennent en propre à cette affection. Cependant, par suite des discussions auxquelles, comme nous l'avons vu plus haut, a donné lieu la nature de la maladie, on éprouve parfois une assez grande difficulté à préciser le diagnostic.

Et d'abord, comment distinguerons-nous l'entérite simple de certains cas de 'dyssenterie? Dans des cas de dyssenterie sporadique et au début de l'affection, la chose est à peu près impossible. Nous verrons en effet plus loin que cette espèce de dyssenterie commence parsois presque comme une entérite simple; mais au bout d'un certain temps les selles deviennent entièrement muqueuses, sanguinolentes, mêlées de débris pseudo-membraneux, sanglantes et parfois purulentes : on reconnaît alors qu'il existe une véritable dyssenterie. N'y aurait-il donc, dans la dyssenterie sporadique, autre chose qu'une entérite portée à un très haut degré? C'est un point sur lequel il est très difficile de se prononcer; car malheureusement les descriptions de dyssenterie que nous possédons se rapportent presque toutes à des épidémies où la maladie peut avoir très bien présenté des caractères spéciaux, et, d'une autre part, le début et la marche des premiers symptômes ont été presque compiétement négligés. Aussi, ne pouvant nous prononcer sur ce point, dirons-nous seulement que la dyssenterie sporadique présente un grand nombre des caractères de l'entérite simple élevée à un très haut degré, sans que toutefois il faille en rien préjuger sur la nature de la dyssenterie épidémique.

¹¹⁾ Clin. des malad. des enfants nouv.-nés; Paris, 1838, p. 462.

L'entéralgie n'a de commun avec l'entérite que la douleur et quelquesois des évacuations siquides, mais passagères, et alternant avec la constipation.

Quant à la fièvre typhoïde, ce n'est qu'à une époque où l'observation n'avait point encore prononcé que l'on a pu la regarder comme une simple entérite. Les recherches des auteurs modernes, et surtout celles de M. Louis, ont établi de telles dissérences entre ces deux assections, qu'il est aujourd'hui inutile de revenir sur une question aussi complétement jugée. J'indiquerai seulement, dans le tableau du diagnostic, les principaux caractères des deux assections mises en regard par M. Louis (1).

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1º Signes distinctifs de l'entérite simple et de la dyssenterie sporadique.

ENTÉRITE SIMPLE.

Selles d'abord fécales, puis séreuses, bilieuses.

Évacuations généralement moins fréquentes. Ténesme moins violent et moins fréquent. DYSSENTERIE SPORADIQUE.

Selles muqueuses, mucoso-sanguinolentes, sanglantes, débris pseudo-membraneux, par-fois selles purulentes.

Évacuations généralement plus fréquentes. Ténesme plus violent et plus fréquent.

2° Signes distinctifs de l'entérite simple et de la fièvre typhoïde.

ENTÉRITE SIMPLE.

Selles plus nombreuses; promptement réduites par le traitement.

Coliques plus violentes et plus fréquentes. Ni météorisme, ni développement de la rate, ni douleurs épigastriques.

Langue naturelle.

Appétit souvent conservé, promptement rétabli.

Point de symptômes cérébraux, ni nerveux. Pas de prostration des forces.

Ni épistaxis, ni taches roses lenticulaires. Mouvement sébrile nul ou très léger. Durée courte.

Mortalité nulle.

FIÈVRE TYPHOIDE.

Selles moins nombreuses; diarrhée persistante.

Coliques moins violentes et moins fréquentes. Météorisme, développement de la rate, douleurs épigastriques.

Langue altérée dans les cas graves.

Appétit nul.

Symptomes cérébraux et nerveux.

Prostration des forces plus ou moins considérable.

Épistaxis, taches roses lenticulaires.
Fièvre plus ou moins intense.
Durée moyenne dépassant deux septénaires.

Mortalité toujours assez notable.

Pronostic. Ce que j'ai dit plus haut me dispense de parler longuement du pronostic. Nous avons vu, en esset, que la seule circonstance qui rende l'assection réellement grave est l'état de saiblesse des malades résultant de l'âge très peu avancé ou de l'état de maladie dans lequel survient l'entérite.

S VII. - Traitement.

Dans la très grande majorité des cas, le traitement de l'entérite aiguë est des plus simples. On voit, en effet, sous l'influence de quelques émollients et des opiacés à petite dosc, la maladie céder très promptement. Dans les cas observés par M. Louis, et où la maladie s'est présentée quelquesois avec un haut degré d'in-

(1) Examen de l'examen de M. Broussais; Paris, 1834, p. 104.

tensité, il a suffi de donner aux malades de l'eau de riz pour boisson, de leur administrer une ou deux fois par jour un quart de lavement d'eau de guimauve avec huit, dix ou douze gouttes de laudanum, et de les soumettre à une diète sévère, pour voir toujours la maladie diminuer, comme je l'ai dit plus haut, dans le second jour du traîtement, et la guérison être complète au bout de huit jours.

Il serait donc bien inutile de multiplier les moyens thérapeutiques contre une affection qui guérit avec tant de facilité. Je dirai cependant que quelques médecins ont conseillé les émissions sanguines, et principalement les sangues à l'anus; mais ce qui précède prouve que ce moyen, qui n'a, il est vrai, aucun danger, n'a pas non plus d'utilité réelle, à moins de circonstances tout exceptionnelles.

Lorsque la diarrhée est très considérable, on conseille d'administrer l'eau albumineuse. M. Mondière a principalement insisté sur l'essicacité de ce moyen. Cette tisane, également prescrite dans la dyssenterie, se prépare ainsi qu'il suit :

Eau de fleurs d'oranger.... 4 gram. | Sucre...... Q. s.

D'autres emploient, concurremment avec les moyens précédents, de légers astringents, surtout en lavements. Ainsi, on donnera un lavement d'eau d'orge, avec addition de ratanhia 8 ou 10 grammes. Mais ces moyens sont principalement employés dans l'entérite chronique, dont je vais bientôt dire un mot. Il en est de même des lavements avec de légers cathérétiques, et en particulier avec le nitrate d'argent, qui n'agissent que sur la membrane du gros intestin.

Si, avec Stoll, on admettait l'existence d'une entérite bilieuse, on serait porté à employer les vomitifs et les purgatifs; mais rien n'autorise à mettre en usage ces moyens, sur lesquels je reviendrai à propos de la dyssenterie; car il ne peut y avoir aucun avantage à compliquer ainsi un traitement, lorsque les agents les plus simples réussissent si bien. Je me contenterai de réunir ceux-ci dans une ordonnance.

Ordonnance.

- 1º Pour tisane, légère décoction de riz, avec addition de sirop de gomme ou de sirop de coing.
- 2º Tous les jours, une ou deux fois, un quart de lavement d'eau de guimauve ou de graine de lin avec addition de

Laudanum de Sydenham. 10 à 12 gouttes. | Amidon.............. 8 ou 4 gram.

Chez les enfants nouveau-nés, la dose du laudanum sera d'une goutte sculement, et celle de l'amidon de 2 grammes. A l'âge de trois ou quatre ans, on pourra élever la dose du laudanum à deux gouttes, et ainsi de suite.

- 3º Si les douleurs du ventre sont très vives, un cataplasme laudanisé sur l'abdomen.
- 4° Au fort de la maladie, diète absolue. Après l'amendement des principaux symptômes, commencer l'alimentation par des bouillons, de simples potages au riz, puis des œuss à la coque, et aller progressivement avec prudence.

Il serait inutile de donner un résumé de ce traitement.

Coutre l'entérite des nouveaux-nés causée par une nourriture séculente, il suffit de changer le régime et de mettre les ensants exclusivement au sein (1).

ARTICLE III.

ENTÉRITE CHRONIQUE.

L'entérite chronique est une affection qui ne se montre presque jamais que dans le cours de maladies graves également chroniques. Dans les cas où l'on a vu cette maladie se prolonger pendant plusieurs septénaires, on a presque toujours trouvé la cause de cette longue durée dans des écarts de régime qui n'avaient pas ôté à l'affection son caractère, puisqu'un régime sévère et un traitement bien entendu en faisaient en très peu de temps justice. On comprendra donc facilement pourquoi je ne dirai ici que très peu de mots de cette espèce d'entérite.

Des selles liquides, qui ne dépassent pas ordinairement cinq ou six dans un jour, qui conservent leur aspect stercoral, qui ne sont remarquables que par leur liquidité; quelques coliques, des gargouillements, un amaigrissement plus ou moins notable, la sécheresse de la peau, l'altération de la face, un peu d'accélération du pouls, tels sont les symptômes qu'on attribue à cette maladie à son état de simplicité; mais nous n'en avons pas d'exemple bien authentique.

Dans un cas observé par M. Trousseau, des symptômes cérébraux survenus dans le cours d'une entérite chronique, chez un enfant, ont simulé une méningite. L'autopsie a démontré que cette affection n'existait pas (2).

C'est principalement chez les sujets affectés de tubercules, que l'on rencontre cette affection de l'intestin dont j'ai suffisamment parlé à propos de la phthisie pulmonaire.

On emploie, pour la combattre, les mêmes moyens qui sont mis en usage chez les tuberculeux affectés de diarrhée chronique; c'est-à-dire, les opiacés, les astringents, quelques excitants externes; ou bien on a recours à diverses médications particulières, aux toniques, aux ferrugineux, aux eaux minérales naturelles, comme l'eau de Bussang, etc. Mais ce serait entrer dans des détails inutiles que d'insister sur une affection, décrite, il est vrai, dans les auteurs, mais bien rarement observée.

ARTICLE IV.

DYSSENTERIE.

La dyssenterie est une affection connue dès la plus haute antiquité. Hippocrate en parle en plusieurs endroits de ses ouvrages (3), et après lui un nombre infini d'auteurs en ont fait le sujet de leurs études. Pour faire comprendre combien ou a écrit sur cette affection, il sussit de dire que le nom des auteurs et les titres de leurs ouvrages tiennent plus de trente pages dans le traité de Jos. Frank. Parmi ces innombrables recherches, signalons comme les plus célèbres celles de Syden-

⁽¹⁾ Voy. mon Mémoire précédemment cité (Bull. de thér., mars 1845).

²⁾ Bull. de thér., décembre 1816.

⁽³⁾ OEuvres d'Hippocrate, trad. par Littré : De l'air, des eaux et des lieux : Des épidémi s Du régime.

ham, de Zimmermann (1), Stoll (2), Pringle (3), et, dans ces dernières années, les relations d'épidémies de MM. Trousseau et Parmentier (4), de M. Thomas, de Tours (5), de MM. Masselot et Follet (6), et les recherches d'anatomie pathologique de M. Gély (7). M. le docteur Colin a donné (8) une bonne description d'une épidémie de dyssenterie qui a régné à la fin de 1846 à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Louis.

Malgré ces recherches si nombreuses, il est plusieurs points de l'histoire de la dyssenterie qui sont encore enveloppés de doute et d'obscurité. On n'est d'accord ni sur la nature de la maladie, ni sur les lésions anatomiques qui la caractérisent, et les études attentives auxquelles les progrès de l'anatomie pathologique ont permis de se livrer récemment n'ont pas encore levé toutes ces difficultés. Nous verrons dans le cours de cet article quelles sont les opinions qui paraissent le mieux fondées.

On a divisé la dyssenterie en plusieurs espèces qui, dans l'opinion des auteurs, ont une grande importance; mais on s'aperçoit bientôt que la plupart des divisions qu'on en a données sont fautives, parce que les auteurs ont confondu sous le nom de dyssenterie des maladies très différentes, par la seule raison qu'il y avait un flux de ventre plus ou moins abondant. C'est ce qu'on remarque surtout dans la division de Stoll, qui a cherché à établir six espèces de dyssenterie. Bornons-nous à dire qu'aujourd'hui on ne reconnaît que la dyssenterie non fébrile et la dyssenterie fébrile, la dyssenterie aiguë et la dyssenterie chronique. Il faut toutefois ajouter à cette division la distinction de la maladie en sporadique et épidémique, qui est très importante.

§ I. — Définition; synonymie; fréquence.

On ne peut, dans l'état actuel de la science, définir la dyssenterie ni par sa nature, ni par les lésions anatomiques auxquelles elle donne lieu. A l'exemple des autres auteurs, contentons-nous d'indiquer ses principaux symptômes. C'est une affection caractérisée par des selles nombreuses, avec douleurs de ventre plus ou moins vives et rejet de matières muqueuses, mucoso-sanguinolentes, parsois sanglantes. Il est quelques antres symptômes qui ne manquent pas d'intérêt, mais qu'il serait inutile d'indiquer ici, ceux qui viennent d'être énumérés étant suffisants pour caractériser l'affection.

La dyssenterie a été désignée sous les noms de tormina; fluxus dyssentericus, cruentus, torminosus; rheuma ventris; febris dyssenterica, flux de sang; colite aigué, etc. Le mot de dyssenterie, qui ne présume rien en la nature de la maladie, est le plus convenable, puisque cette nature n'est pas encore parsaitement déterminée.

La dyssenterie légère, non fébrile, s'observe souvent à l'état sporadique; mais il n'en est pas de même de la dyssenterie grave, qui se montre bien plus souvent,

⁽¹⁾ Traité de la dyssenterie ; Paris, 1787, in-12.

⁽²⁾ Rat. med., t. 111. p. 247.

¹³⁾ Maladies des armées, dans les camps et les garnisons; Paris, 1793, in-12.

^{11.} Arch. gen. de méd., 1re série, t. XIII et XIV.

^{5,} Arch. gen. de med., 2º serie, t. VII, VIII et IX.

⁶⁾ Arch. gen. de med., 4° série, 1843, t. I, p. 434; t. II, p. 51 et 147.

⁷⁾ Journ. de méd. de la Loire-Inférieure, 1838.

⁸⁾ Arch. gén. de méd., 4° série, 1848, t. XVI, p. 422.

au contraire, à l'état épidémique. Les épidémies de dyssenterie sont peut-être les plus fréquentes de toutes. La plupart des auteurs cités ont eu en vue, dans leurs recherches, quelqu'une de ces épidémies observées dans des lieux très dissérents.

§ II. — Causes.

1º Causes prédisposantes.

Voici comment s'exprime à ce sujet le docteur Ozanam (1), qui a rassemblé les principales histoires d'épidémies : « D'après les relations que nous venons de rapporter, nous voyons que la dyssenterie se manifeste dans tous les climats, dans toutes les saisons, qu'elle n'épargne ni âge, ni sexe, ni condition ; de sorte qu'il est impossible de lui assigner une cause première bien déterminée. »

Voici toutesois ce que, d'après des impressions générales plutôt que d'après des recherches rigoureuses, les auteurs nous apprennent sur les causes prédisposantes. Il ne résulte pas évidemment des saits qu'un age soit plus exposé que les autres à la dyssenterie. Si, dans certaines épidémies, on a vu soit les ensants, soit les vieillards, en être plus facilement atteints, ce sont des saits exceptionnels sur lesquels on ne peut établir une règle générale. Nous n'avons rien de précis à dire relativement à l'influence du sexe.

On admet généralement que les individus atteints d'une affection antécèdente et dont la constitution est plus ou moins détériorée, contractent facilement la dyssenterie. Sans nier la possibilité du fait, disons que plusieurs des auteurs qui ont défendu cette opinion, et en particulier M. Fallot (2), ont rangé sous le titre commun de dyssenterie plusieurs affections différentes, et en particulier de simples entérites.

Un régime irritant, les excès, l'abus des purgatifs, prédisposent-ils à la dyssenterie? C'est ce qui n'est point démontré. Nous ne sommes pas plus instruits relativement au tempérament. C'est sur de simples hypothèses ou sur des faits exceptionnels qu'on a établi l'hérédité de la dyssenterie.

Climats. Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que le climat a une grande influence. C'est surtout dans les régions intertropicales qu'on observe la maladie à l'état endémique, et que les épidémies sont le plus fréquentes.

Saisons. D'après ce que nous avons vu plus haut, et suivant l'opinion de M. Ozanam, les saisons n'auraient pas une très grande insluence. Cependant un très grand nombre d'épidémies ont été observées au commencement de l'automne, et se sont ensuite prolongées pendant l'hiver. C'est au passage rapide d'une grande chaleur au froid humide qu'on attribue le développement de la maladie.

Relativement aux localités et aux professions, je me contenterai de dire que les données que nous avons sur ces divers points sont tout à faits insuffisantes. MM. Masselot et Follet n'ont rien trouvé, dans ces conditions, qui pût rendre compte de la maladie épidémique qui a régné à Versailles en 1842.

2° Causes occasionnelles.

On doit diviser ces causes en celles qui produisent des épidémies et celles qui donnent lieu aux cas isolés de dyssenterie.

(1) Hist. des malad. épidémiques.

⁽²⁾ Mémoire sur une dyss. épid. obserc. à l'hôp. milit. de Namur, dans l'hiver de 1931 à 1832 Arch. gén. de méd., t. XXIX, p. 293, 486).

· Nous avons vu plus haut que le passage d'une température très élevée à une température froide et humide était regardé comme la principale cause des épidémies. Quelques auteurs ont pensé qu'il fallait plutôt les attribuer à la chaleur humide. Enfin, on regarde comme très propres à produire l'affection, les changements brusques de température, et c'est ainsi qu'on explique son état endémique dans les régions intertropicales.

C'est aussi comme causes occasionnelles des épidémies qu'on a cité les grandes saigues éprouvées par les corps d'armée, l'alimentation insuffisante, l'usage des fruits appelés froids ou des fruits verts; les passions tristes, l'effroi; en un mot, tout ce qui tend à débiliter profondément l'économie. Mais c'est surtout aux exhalutions miasmatiques qu'on a donné une grande importance. On a cité un grand nombre de faits qui tendent à prouver que les émanations des corps en putréfuction produisent la dyssenterie, même avec un caractère épidémique. Tout le monde connaît le fait rapporté par Desgenettes : une épidémie fut produite au Caire par des émanations miasmatiques qui s'échappaient du corps d'un animal en putréfaction. M.M. Masselot et Foliet ont été peut-être plus loin que tous les auteurs qui les ont précédés, puisqu'ils ont attribué la maladie à un véritable empoisonnement par des effluves marécageux. Voici sur quoi ils se sont sondés : ils ont noté qu'avant et pendant l'épidémie, les vents ont principalement été à l'est; or, à Versailles, les marécages sont situés dans cette direction. En outre, ils ont remarqué que l'épidémie avait été précédée et accompagnée d'un grand nombre de sièvres intermittentes. Ils en ont conclu qu'il y avait une analogie évidente entre ces deux maladies, et que, par toutes ces raisons, il fallait les attribuer à la même cause. Je n'ai pas besoin de faire remarquer qu'il n'y a pas là une véritable démonstration; c'est un simple aperçu qui a besoin d'être vérifié, et que de nouveaux faits pourront seuls confirmer ou infirmer.

Quant aux causes occasionnelles qui produisent la maladie dans des cas isolés, ou qui, dans le cours d'une épidémie, la déterminent chez les divers individus, elles ne diffèrent pas sensiblément de celles qui viennent d'être énumérées : ainsi, les excès, les irritants du tube digestif, les passions tristes, l'inspiration de matières putrides, l'usage des fruits verts, une nourriture insuffisante, etc., peuvent donner lieu à une dyssenterie sporadique, ou bien, l'épidémie existant, produire la maladie chez un sujet qui, sans l'action de ces causes, n'en aurait peut-être pas été atteint. On possède un nombre assez considérable d'exemples de sujets affectés de dyssenterie pour avoir assisté à une exhumation faite sans précaution, à l'ouverture de fosses d'aisances, à la dissection d'un cadavre exhalant une odeur putride, etc.

Reste maintenant la question de la contagion. Ici nous nous trouvons arrêté par d'assez nombreuses difficultés. Pour les uns, rien n'est mieux démontré; pour d'autres, au contraire, cette cause n'existe pas, même dans les cas d'épidémie, et il n'y a alors qu'une simple infection. Les observations ne sont généralement pas assez précises pour qu'on puisse se prononcer formellement sur ce point; cependant il est un certain nombre de faits qui tendent à prouver l'existence de la contagion, au moins dans certains cas particuliers, et c'est ainsi qu'on assure avoir vu des sujets contracter la dyssenterie pour s'être assis sur un bassin contenant des matières rendues par un dyssentérique. N'y aurait-il pas toutesois, dans ces cas, une action semblable à celle des corps en putrésaction? On a vu aussi cette affection

être apportée par des malades dans un lieu où elle n'existait nullement, et se communiquer assez rapidement. Je citerai, par exemple, le fait suivant rapporté par M. Fallot : des soldats venant de l'hôpital de Louvain introduisirent, dans l'hôpital de Namur, la dyssenterie, qui sut ensuite contractée par d'autres malades, et pa franchit pas les limites de l'hôpital. En somme, on voit, d'après toutes les hésitations dans lesquelles nous avons dû nécessairement rester au sujet de presque toutes les causes, combien il reste encore à saire sur ce sujet, et combien seraient intéressantes des recherches exactes et rigoureuses.

S III. — Symptômeş.

Pour faire la description de la dyssenterie, il n'est point utile de diviser cette affection en sporadique et épidémique. S'il est vrai, en esset, que, dans les épidémies, cette maladie acquière ordinairement une violence extraordinaire; s'il est vrai aussi qu'à l'état sporadique elle présente presque toujours un caractère de bénignité, il n'est pas douteux que parsois des cas isolés ne soient tout aussi intenses que des cas épidémiques, et que, par contre, dans les épidémies on ne rencontre des cas aussi légers que ceux de la dyssenterie sporadique.

M, le docteur Cornuel (1), dans un mémoire très intéressant sur la dyssenterie qui a régné à la Guadeloupe, en 1837, a distingué les espèces suivantes : dyssenterie gangréneuse et mucoso-sanguinolente, dyssenterie bilieuse et dyssenterie séreuse. Cette division a une certaine importance sous quelques points de vue. Mais on voit bientôt qu'elle est fondée sur la gravité plus ou moins grande de l'affection qui se traduit par la nature des excrétions, plutôt que sur des dissérences capitales.

Il vaut mieux, par conséquent, diviser l'affection en fébrile et non fébrile; car, on peut le dire sans crainte, les signes de la réaction donnent, à une certaine époque de la maladie du moins, la mesure de la violence du mal.

1° Dyssenterie non fébrile. C'est celle que quelques auteurs ont décrite sons le nom de bénigne; c'est celle aussi qu'on observe presque toujours, comme je l'ai dit plus haut, dans les cas de dyssenterie sporadique. Ses symptômes se rapprochent beaucoup, ainsi que je l'ai déjà fait remarquer, de ceux de l'entérite simple. Elle débute ordinairement par des coliques, des tortillements dans le ventre, bientôt quivis de douleurs plus intenses dans le trajet du côlon et d'un besoin pressant d'ailer à la garde-robe. Ces coliques et ces selles se répètent à des intervalles ordinairement courts, et bientôt survient le symptôme auquel on a donné le nom de ténesme. Les malades éprouvent le besoin d'aller à la garde-robe; ils sentent des épreintes dont le siège est ordinairement vers la partie inférieure du gros intestin, et s'ils se présentent au bassin, ils font des efforts fatigants, douloureux, qui ne sont suivis de l'expulsion d'aucune matière.

Les matières rendues sont d'abord sécales et liquides. Quelquesois elles contiennent des portions d'aliments mal digérés; plus tard, ce n'est plus qu'un mucus sanguinolent, visqueux, parsois spumeux. Quelquesois aussi on trouve dans les matières des débris pseudo-membraneux, sur la nature desquels je m'expliquerai plus tard; mais il saut dire que dans les cas dont il s'agit ici, cette circonstance est très rare.

⁽¹⁾ Mém. sur la dyssent. obsercée à la Basse-Terre (Gnadeloupe), dans les Mém. de l'Acad. rpyale de méd., t. VIII, 1840.

Je ne parlerai point de plusieurs autres symptômes attribués à cette espèce de dyssenterie, parce qu'ils appartiennent spécialement à celle dont il va être question tout à l'heure, et je me contenterai d'ajouter qu'une faiblesse plus ou moins grande, une certaine sensibilité au froid, un pouls normal ou un peu faible et ralenti, sont les seuls symptômes généraux qui accompagnent cette affection légère.

2º Dyssenterie fébrile. Cette forme est celle qui se montre presque exclusivement dans le cours des épidémies. On l'a appelée dyssenterie maligne, grave, etc. C'est en effet surtout par la différence d'intensité des symptômes qu'elle se distingue de la précédente. MM. Masselot et Follet ent dit cependant que, dans les cas très graves, la réaction est nulle; mais ce fait, qui est démenti par un nombre très considérable d'observations, n'a été avancé sans doute par ces deux observateurs distingués que parce qu'ils ont examiné les malades à une époque trop avancée. On voit, en effet, dans leur mémoire, des cas d'une gravité excessive être accompagnés d'un mouvement réactionnel évident, et l'on y voit aussi que, dans un certain nembre de cas, ils ont négligé de constater les symptômes généraux.

Début. Le début de l'affection est très différent suivant les cas. Tantôt, en effet, la dyssenterie commence par les symptômes locaux, et tantôt ceux-ci ne surviennent qu'après des symptômes généraux plus ou moins intenses et d'une durée variable. Dans ce dernier cas on observe un peu de céphalalgie, de la soif, quelquefois des vomissements, l'accélération du pouls, l'élévation de la chaleur, puis surviennent les coliques, et la dyssenterie se montre rapidement avec tous ses caractères. Dans les cas d'une gravité extrême, les malades passent très promptement de l'état de santé à un état très grave, parce que les symptômes généraux et les symptômes locaux sont survenus tous ensemble avec une excessive promptitude; parfois il suffit de symptômes locaux très violents pour produire cet effet. Cette espèce de début foudroyant ne s'observe guère que dans les épidémies.

Symptones. Les coliques sont souvent d'une violence extrême; elles occupent presque tente l'étendue du ventre, mais principalement le trajet du gros intestin. Les selles liquides leur succèdent promptement, comme dans la forme précédente, mais elles deviennent plus rapidement muqueuses, mucoso-sanguinolentes, parfois fartement imbibées de sang. C'est surtout dans ces cas que le ténesme est remarquable. On a vu des sujets se présenter jusqu'à cent et deux cents fois à la garderobe, épreuver des tranchées extrêmement violentes, et ne rien rendre ou n'expolser qu'une très petite quantité de matières glaireuses intimement mêlées à une petite quantité de sang. Il survient également des douleurs plus ou moins vives à l'anus; le malade éprouve la sensation d'un corps étranger à la partie inférieure du rectum, ou bien un sentiment de cuisson qui peut aller jusqu'à une sensation de brûlure.

C'est sertout dans ces cas qu'on trouve dans les garde-robes ces flocons, ces débrit pseudo-membraneux, qui quelquesois présentent la sorme de l'intestin, et qui out sait croire à l'expulsion d'une portion de l'organe lui-même, ou au moins de sa membrane interne. Je reviendrai sur ce point à l'occasion de l'anatomie pathologique.

Ce n'est qu'à une époque assez avancée de la maladie, lorsque celle-ci a pris un tertain caractère de chronicité, qu'on trouve de véritable pus dans les selles; en-core sant-il dire que cette matière ne s'y rencontre pas aussi souvent que quelques

anteurs l'ont prétendu. MM. Masselot et Follet, qui ont fixé leur attention sur ce point, n'ont vu du pus rendu par les selles que dans un seul cas, mais ce cas était bien remarquable, puisque le pus s'écoulait pour ainsi dire involontairement.

Du côté des autres organes, on ne trouve rien qui soit en rapport avec la violence de ces symptômes concentrés dans l'abdomen. La perte de l'appétit, la soif, ordinairement vive, une gêne plus ou moins considérable de la respiration, occasionnée surtout par l'anxiété que produisent les coliques, tels sont les seuls symptômes organiques que l'on puisse rapporter à la dyssenterie.

Mais les symptômes généraux sont au contraire nombreux et ont une grande intensité. La peau, d'abord chaude, devient froide, surtout aux extrémités, lorsque la maladie a fait de grands progrès. Elle est ordinairement sèche, parfois ruqueuse; et ce n'est guère que dans la dyssenterie peu intense qu'on observe les sueurs plus ou moins abondantes que nous avons signalées dans l'entérite aigué. Le pouls, qui est fréquent dans les premiers temps, devient ordinairement dur, puis petit, filisorme, misérable; tantôt il conserve sa fréquence ou en acquiert une plus grande encore, et tantôt il se ralentit d'une manière notable. Il en est de même des battements du cœur, qui ne présentent rien de particulier.

La face, qui dans les premiers moments manifestait par son expression de violentes angoisses, porte ensuite l'empreinte du découragement et de l'abattement. Les traits s'effilent, les yeux deviennent languissants et s'entr'ouvent avec peine. Parfois cette expression change, et les traits se grippent momentanément : c'est qu'il est survenu une colique; mais, immédiatement après, l'expression d'abattement se reproduit. Dans les derniers moments, la face prend l'aspect auquel on a donné le nom de facies hippocratique.

Les forces sont promptement abattues dans la dyssenterie, et vers la fin de la maladie, lorsqu'elle doit se terminer par la mort, les malades ont l'attitude abandonnée; si on les fait mettre sur leur séant, on est obligé de les soutenir.

La sensibilité au froid fait des progrès. On voit les malades se ramasser en peloton pour se réchausser, et ordinairement ils tombent dans une sommolence fréquemment interrompue par les coliques et le besoin d'aller à la selle.

Cependant, au milieu de ces symptômes si graves, l'intelligence reste intacte, et si les sujets paraissent indifférents à ce qui se passe autour d'eux, c'est plutôt par suite de l'abattement des sorces et de l'épuisement que leur ont causés d'aussi vives soussirances, que parce que leur intelligence est affaiblie. Enfin le refroidissement sait des progrès, la circulation et la respiration s'embarrassent de plus en plus, et les malades s'éteignent sans présenter d'agonie réelle, ou après une agonie de courte durée.

Dans les cas qui se terminent par la guérison, les coliques et les selles commencent d'abord à s'éloigner, puis elles deviennent notablement moins fréquentes et violentes. Ensuite on remarque quelques fragments de matières fécales enveloppés dans le mucus; la chaleur revient, le pouls se relève, et les malades entrent dans une convalescence ordinairement très prompte.

Complications. C'est surtout d'après les complications qu'on a cherché à établir les diverses espèces de dyssenterie. Ainsi, on a décrit une dyssenterie scorbutique qui ne consiste en rien autre chose qu'en ces selles sangiantes qui se montrent dans le scorbut; mais ce n'est pas là une dyssenterie, ce n'est qu'na symptôme de la

maladie principale. Plusieurs éruptions ont été observées dans le cours de la dyssenterie. On a voulu faire de cette complication une espèce particulière, sous le nom de dyssenterie exanthématique, érysipélateuse, miliaire, bulleuse, etc.; mais les recherches des auteurs n'ont nullement prouvé qu'il y eût autre chose dans ces cas que de simples coîncidences. J'en dirai autant des dyssenteries rhumatismale et vermineuse. Remarquons, en effet, que c'est dans des cas d'épidémie, et où par conséquent un grand nombre de sujets, dans des conditions très diverses, étaient affectés de la maladie, qu'on a rencontré ces complications, dont on a fait des espèces distinctes.

M. le docteur Cambay (1) a décrit une dyssenterie hépatique, c'est-à-dire une dyssenterie qui s'accompagne d'inflammation du foie. Il a remarqué que la dyssenterie hépatique peut se déclarer de trois manières différentes. Dans la première, la dyssenterie existe primitivement, et donne naissance à l'affection du foie ou en est suivie; dans la deuxième, l'affection du foie préexiste et cause consécutivement la dyssenterie; et enfin, dans la troisième, les deux maladies naissent simultanément, et il est impossible de reconnaître laquelle des deux affections a précédé l'autre.

Peut-être n'en est-il pas de même de celle qu'on a appelée dyssenterie intermittente. Plusieurs auteurs, et en particulier Torti (2), Morton (3), P. Frank (4), ont insisté sur cette espèce particulière, se fondant sur ce que les épidémies de dyssenterie ont coïncidé avec des épidémies de fièvres intermittentes, et sur ce que les lébricitants ont paru contracter la maladie plus facilement que les autres. Tout récemment encore, comme nous l'avons vu plus haut, MM. Masselot et Follet ont signalé cette coïncidence, qui a été remarquable dans l'épidémie décrite par eux, et ils ont été même jusqu'à regarder la cause de la dyssenterie et celle de la fièvre intermittente comme identiques. Ces faits sont intéressants, mais il serait utile qu'on en observât d'autres semblables avec la rigueur qu'on apporte aujourd'hui dans l'observation.

Je me bornerai à indiquer comme complications de la dyssenterie, les maladies des divers organes abdominaux : les hémorrhoïdes, les angines, etc. Tout porte à troire qu'il n'y a dans les cas de ce genre que de simples coıncidences.

Il est encore une espèce de dyssenterie qui a été admise par les auteurs, et qui ne dépend pas d'une complication, comme les précédentes : c'est la dyssenterie des pays chauds. Mais je n'ai rien trouvé de spécial dans les descriptions que nous en ont laissées les observateurs, et en particulier Sir G. Ballingal (5), cité par J. Brown (6). Toute la différence, s'il y en a une, est peut-être une plus grande intensité de l'affection, ce qui ne peut pas constituer une espèce particulière.

§ IV. - Marche; durée; terminaison de la maladie.

La marche de la dyssenterie non fébrile, aussi bien que de la dyssenterie fébrile, est ordinairement très rapide et continue. En quelques heures ou en très peu de

⁽¹⁾ De la dyssent, et des malad. du fvie qui la compliquent; Paris, 1847.

⁽²⁾ Therapeutica specialis ad febres periodicas perniciosas.

⁽³⁾ Opera medica.

⁽⁴⁾ Traité de méd. prat., trad. par Goudareau; Paris, 1842.

⁽⁵⁾ Obs. on dysentery.

⁽⁶⁾ Cycl. of pract. med., vol. I, art. DYBENTERY.

jours, l'affection est portée au plus haut degré. On a observé quelquesois des rechutes évidentes, soit qu'un mauvais régime les eût provoquées, soit que, dans une épidémie, il survint une recrudescence au moment où le malade croyait toucher à la guérison. On a également noté assez fréquemment de véritables récidives ; car la dyssenterie n'est pas une de ces affections qu'on n'éprouve qu'une seule sois dans la vie. Certains sujets y sont particulièrement exposés, et en sont fréquemment atteints.

La durée est très variable; elle est surtout très insluencée par le traitement. La dyssenterie non fébrile, convenablement traitée, peut en esset se dissiper très bien en deux, trois ou quatre jours. La dyssenterie fébrile, au contraire, a une durée d'un septénaire au moins, et il n'est pas rare de la voir se prolonger devantage, surtout en temps d'épidémie.

La terminaison de la dyssenterie non fébrile est constamment favorable, à moins de circonstances tout exceptionnelles. La dyssenterie fébrile sporadique guérit facilement dans la plupart des cas : mais les choses se passent bien différemment dans la dyssenterie épidémique. D'après les relevés des auteurs, et de M. Ozanam en particulier, la dyssenterie serait peut-être, de toutes les affections épidémiques, celle qui se termine le plus fréquemment par la mort.

Dans l'épidémie observée par M. Cornuel (1), la mortalité a été de 11,41 sur 100. Cette terminaison fatale peut avoir lieu en très peu de temps; c'est ainsi qu'on a vu des sujets succomber en moins de deux ou trois jours. Quelquefois, au contraire, la maladie tend à passer à l'état chronique, et présente quelques caractères qui seront exposés un peu plus loin.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques de la dyssenterie ont soulevé, surtout dans ces derniers temps, des discussions fort intéressantes. Pour Hippocrate, il n'était pas douteux que cette affection ne fût occasionnée par des ulcères intestinaux. Cette creyance a été partagée jusqu'à l'époque où Sydenham a avancé que, dans un certain nombre de cas, il n'existait aucune ulcération. Il y a quelques années, M. Thomas, revenant à la manière de voir des anciens, sit des ulcères du gros intestin le caractère essentiel de la dyssenterie, et récemment MM. Gély, Masselot et Follet ont repris cette importante question.

Suivant tous ces auteurs, ce ne serait pas au début même de la dyssenterie qu'existeraient les ulcérations, mais seulement quelques jours après. Or que trouve-t-on avant l'apparition des ulcères? Rien que l'épaississement, le boursouflement, le ramollissement plus ou moins profond des parois de l'intestin, c'est-à-dire les signes d'une inflammation violente. On n'y voit pas, comme dans la fièrre typhoïde et la phéhisie, des altérations toutes spéciales qui annoncent la nature primitivement ulcéreuse de la lésion. C'est là une première raison qui neus porte à croire que les ulcérations dyssentériques ne sont pas dues à autre chose qu'à une inflammation très violente. M. Thomas, il est vrai, dit les avoir vues constamment commencer par l'orifice des follicules; mais M. Gély, qui a fait à ce sujet des recherches extrêmement intéressantes, a constaté maintes fois que l'ouverture béante des follicules gonflés pouvait en imposer pour une ulcération réelle. D'un autre

⁽¹⁾ Loc. cit., p. 101.

côté, MM. Masselot et Follet, qui ont émis des opinions particulières dont je parlerai plus loin, attribuent l'ulcération à deux causes principales : d'abord au ramollissement du corps muqueux, et, en second lieu, à la gangrène.

De quelque manière que se forment ces ulcérations, elles se présentent sous des aspects très variés, et que M. Gély a très bien décrits. Tantôt ce sont de vastes destructions de la muqueuse, envahissant plus ou moins profondément les tissus sous-jacents, mettant parfois à nu la membrane musculaire, et parfois aussi pénérant, comme M. Thomas en a cité des exemples, jusqu'à la membrane péritonéale. D'autres fois, on voit une multitude de petites ulcérations, ou plutôt de pétits orifices ulcérés dans la membrane muqueuse, au-dessous de laquelle le tissu cellulaire est entré en suppuration. D'autres fois, enfin, il existe des escarres gangréneuses, détachées dans certains points, adhérentes dans d'autres; et quelquefois ces lésions sont portées au point que toute l'étendue du gros intestin semble complétement détruite à sa face interne.

Ces ulcérations existent-elles dans la dyssenterie non fébrile ou sporadique, où dyssenterie bénigne de quelques auteurs? C'est ce qui ne paraît nullement probable, d'après la rapidité extrême de la guérison, et c'est une nouvelle objection à ce qu'on admette l'ulcère comme le caractère essentiel de la dyssenterie.

Bien rarement on a vu ces ulcérations détruire toute l'épaisseur de l'intestin, et donner lieu à une perforation. Cependant on en a cité des exemples, et alors il est survenu une péritonite suraigue qui a promptement enlevé les malades.

Une autre lésion qu'il est très important de constater, c'est l'existence d'unë production pseudo-membraneuse qui vient recouvrir les ulcérations, et qui peut en imposer pour la membrane muqueuse elle-même. Cette production, très fréquente, explique la présence des débris pseudo-membraneux dans les selles. Nous verrons plus loit à quoi MM. Masselot et Fosse l'entatribuée.

Viennent ensuite des bosselures formées et par l'épaississement des tuniques et par la contraction des fibres musculaires, bosselures signalées par tous les auteurs; puis le gonfiement notable des follicules, puis les divers degrés de coloration qui appartiennent à l'inflammation, à ses diverses époques, depuis le rouge vif jusqu'au bleu ardoisé. C'est ordinairement le rouge sombre que l'on trouve, et MM. Masselot et Follet en ont conclu que les lésions n'étaient point dues à une véritable inflammation. Mais cette conclusion ne paraîtra guère légitime, si l'on se rappelle que, dans les inflammations les plus franches, c'est cette coloration que l'on retrouve le plus souvent après la mort.

Ensin, dans l'intérieur de l'intestin, on a trouvé du mucus sanguinolent en plus ou moins grande abondance; quelquesois du sang pur qu'on a vu sourdre des parties ulcérées; quelquesois un détritus brunâtre, verdâtre, évidemment gangréneux; d'autres sois, des matières purulentes. Telles sont les lésions trouvées dans le principal organe affecté.

Voyons, maintenant, comment MM. Masselot et Follet expliquent leur sormation. Suivant eux, la lésion, portant d'abord sur l'épiderme intestinal dont la présence a été signalée par M. Flourens, produit principalement cette altération qu'on a désignée sous le nom de fausses membranes. Puis survient le ramollissement du tissu muqueux et du tissu sous-muqueux, d'où résultent les ulcérations plus ou moins vastes dont nous avons parlé. Enfin, le ramollissement, saisant des progrès,

peut aller jusqu'à produire une véritable perforation. Cette exposition succincte des opinions de MM. Masselot et Follet, qui, du reste, sont fondées sur une dissection habile et attentive, ne sont-elles pas, comme je le disais plus haut, plutôt en faveur de la nature inflammatoire de l'affection qu'en faveur de toute autre manière de voir?

Les auteurs que je viens de citer pensent que c'est par erreur qu'on a admis que la membrane muqueuse peut se détacher, et ils croient qu'on a pris pour la muqueuse une simple pseudo-membrane; mais M. Cambay (1) a pu plusieurs sois constater, chez des sujets affectés de la dyssenterie, la séparation d'une portion de la muqueuse qui se détachait comme une sausse membrane. La dissection à laquelle s'est livré M. Cambay a été si attentive, elle a été plusieurs sois saite avec l'assistance de médecins si compétents, qu'on ne peut plus avoir de doute à ce sujet.

Les altérations trouvées dans les autres organes n'ont pas une grande importance. Quelques lésions inslammatoires dans l'estomac et l'intestin grêle ; le ramollissement du foie, des reins, de la rate, des ecchymoses signalées principalement par MM. Masselot et Follet, et occupant la plupart des organes; la rétraction de la vessie, la distension de la vésicule du fiel par une bile noire, poisseuse et grumeleuse, telles sont celles qui méritent d'être mentionnées. Elles paraîtront sans doute bien plutôt l'effet que la cause réelle de la maladie. Cependant MM. Masselot et Follet, se fondant sur ces diverses lésions et sur une analyse du sang des dyssentériques, qui a montré, d'une part, une diminution notable de la sibrine et des globules, et, de l'autre, une grande augmentation de la partie séreuse, ont voulu faire de cette affection une maladie primitivement générale, consistant principalement dans une altération du sang. Mais les expériences sont évidemment insuffisantes. Il aurait fallu, en effet, rechercher si le sang était déjà altéré lors de l'apparition des premiers symptômes, et, d'un autre côté, dans un très grand nombre de cas, la dyssenterie, à son début, paraît tellement bornée à l'intestin, si bien localisée, qu'on a peine à concevoir une altération du sang. Sans doute, dans les épidémies il y a quelque chose qui nous échappe, une cause inconnue; mais il n'est nullement démontré que cette cause se trouve dans une altération primitive des liquides.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

La dyssenterie est une affection qu'il est généralement très facile de diagnostiquer. Parmi les maladies que l'on pourrait confondre avec elle, on a cité d'abord les hémorrhoïdes internes. On sait que dans cette maladie il y a des épreintes, des déjections sanguinolentes, et qu'un certain degré d'inflammation de la partie inférieure du rectum peut rendre ces symptômes assez intenses; mais, dans un cas douteux, le toucher rectal lèverait tous les doutes; il n'y a donc pas lieu à s'arrêter plus longtemps sur ce diagnostic.

Nous avons vu la difficulté qu'il y avait à distinguer, au début, la dyssenterie non fébrile, de la simple *entérite*. Plus tard, la présence des mucosités sanguino-leutes, les douleurs dans le trajet du côlon, le ténesme, suffisent pour faire cesser les incertitudes.

Le choléra-morbus dissère à tel point de la dyssenterie, qu'il n'est pas nécessaire d'établir un diagnostic à ce sujet.

Quant aux diverses coliques qui s'accompagnent de dévoiement, comme la colique de cuivre, la colique de plomb, dont il sera question aux chapitres consacrés aux empoisonnements, je renvoie après leur description l'exposition de leur diagnostic.

Pronostic. Nous avons vu que, dans les épidémies, la dyssenterie était une maladie excessivement grave; l'assaiblissement et le ralentissement du pouls, l'abattement complet des forces, des déjections ou un ténesme continuel, annoncent une mort prochaine.

§ VII. - Traitement.

Le traitement de la dyssenterie est presque aussi riche et aussi varié que celui du choléra-morbus épidémique; mais nous devons nous borner à passer en revue les médications le plus généralement employées.

Émissions sanguines. Dans ces dernières années, où l'on ne se proposait que d'attaquer vigoureusement l'inflammation, les saignées générales et locales ont été presque exclusivement vantées; mais déjà, longtemps auparavant, un bon nombre d'auteurs avaient regardé ce moyen comme très efficace. On peut citer en particulier Sydenham, Zimmermann et P. Frank, qui veulent que, dans toute dyssenterie violente, on commence le traitement par ouvrir la veine. On ne peut s'empêcher, en effet, de penser qu'un pareil moyen doit avoir des résultats favorables dans une affection où les signes d'inflammation sont si notables.

Les sangsues, soit sur l'abdomen, soit à l'anus, n'ont pas été moins préconisées; peut-être même l'ont-elles été davantage. Lorsque l'on juge convenable de les employer, on doit, suivant M. Thomas, les appliquer en grand nombre : vingt, trente et plus, à plusieurs reprises. Quelle est la valeur réelle de ce moyen thérapeutique? C'est ce qu'il est très difficile de dire, et cependant la plupart des médecins des siècles passés n'ont pas hésité à le vanter outre mesure ou à le proscrire complétement. Quant à nous, constatons seulement que presque aucun médécin ne s'est borné à leur emploi et ne leur a attribué entièrement la guérison des malades.

Narcotiques. Les narcotiques ont été encore plus généralement employés que les émissions sanguines. L'opium, en particulier, a été mis en usage dès les temps les plus reculés. On voit, en effet, qu'Alexandre de Tralles s'élève déjà contre l'usage intempestif qu'on en faisait à son époque (1). Parmi les auteurs qui l'ont le plus vanté, il faut citer Ramazzini, qui lui attribue la guérison d'un grand nombre de malades dans l'épidémie de Modène, en 1693. Il n'est guère d'auteur qui n'ait également recommandé ce médicament; mais presque tous ne l'ont fait qu'avec de certaines restrictions. Nous avons vu déjà qu'Alexandre de Tralles attribuait à l'opium des effets fâcheux lorsqu'il était administré saus discernement. Hossmann, Zimmerman, et beaucoup d'autres, ont émis la même opinion. Sydenham, au contraire, Vogler, Schmidtmann, regardent ce médicament comme éminemment utile dans tous les cas. Quant à Jos. Frank, il pense que, dans la dyssenterie légère, il sufsit seul pour triompher de la maladie; mais que, dans la dyssenterie grave, il faut l'associer à d'autres substances.

Quel parti prendre au milieu de ces opinions si diverses? C'est en pareil cas

⁽¹⁾ De arte medica, t. VII, De artis medica princip., edente A. Hallet.

qu'on sent tout l'embarras où nous jette le défaut d'exactitude. Tout ce que nous pouvons dire, c'est qu'il est infiniment probable que, dans les cas où l'on a attribué des essets sacheux à l'opium, les accidents ne devaient être rapportés qu'à une gravité excessive de la maladie, contre laquelle les autres médications auraient également échoué.

On administre l'opium en même temps par la bouche et par l'intestin. M. Guérètin (1) a administré ce médicament à la dose de 0,03 à 0,05 grammes, de deux en deux heures, et quelquesois à une dose plus élevée, et c'est le moyen dont il a, dit-il, eu le plus à se séliciter.

Mais c'est surtout en lavements que l'opium doit être administré.

Un lavement d'eau de guimauve on de graine de lin, avec addition de :

doit être donné deux et trois fois par jour, et plus souvent même, si le cas est très grave.

MM. Masselot et Follet croient avoir constaté que, lorsqu'il y avait un ralentissement notable du pouls, un collapsus évident, l'opium n'avait pas d'aussi bons résultats que d'autres substances et que le nitrate d'argent en particulier, ce qui n'est pas parfaitement démontré.

Parmi les autres narcotiques, on doit citer la belladone, la jusquianne, le dature stramonium, donnés à une dose élevée, c'est-à-dire à la dose de 0,03 à 0,05 grammes, toutes les deux ou trois heures. Ces substances agissent dans le même sens que l'opium, mais leur efficacité est moins bien prouvée.

M. Forget, de Strasbourg (2), a rapporté que dans le cours d'une épidémie qui arégné dans cette ville, 16 malades traités par les antiphlogistiques et les narcotiques ont guéri; tandis que par les autres méthodes, on a eu une grande mortalité.

M. le docteur Marbot (3) a eu occasion d'employer l'aconit napel sur une grande échelle, dans une épidémie qui éclata à bord du Crocodile dix jours après avoir quitté la rade de Zanzibar. Sur trois cents cas, dont plusieurs étaient très graves, il n'y eut pas un seul cas de mort. L'aconit était administré sous forme d'extrait, à la dose de 5 à 10 centigrammes, de la manière suivante :

Délayez l'acouit dans de l'eau pure de fontaine, et donnes la solution per cuillerées à bouches à des intervalles de une, deux ou trois heures, mais de manière à ce que la fraction du médicament administré reste toujours la même. Des observations de M. Marbot, il résulte que l'aconit ne produit pas la guérison complète, mais que sous son influence les garde-robes changent de nature et la fièvre tombe. Alors on administre l'ipécacumha, puis les lavements amylacés et anodins, qui terminent la guérison.

Comme on le voit, cette médication est complexe, et il faudrait de nouvelles observations pour savoir quelle est la valeur de chacun des moyens qui la composent.

Purgatifs. Ce sont des idées théoriques qui ont engagé à mettre en usage les purgatifs. Tantôt c'est pour débarrasser l'intestin des saburres, de la bile âcre qu'on

⁽¹⁾ Arch. gén. de méd., 2º séric, t. VII, Mém. sur la dys. épid. de Maine-el-Loire, en 1836.

⁽²⁾ Bull. yen. de therap., 30 janvier 1849.

⁽³⁾ Bull. gen. de therap., 15 août 1849.

y supposait accumulées, tantôt pour faciliter simplement les évacuations alvines, etc. Voyons ce que l'expérience nous a appris à ce sujet.

Purgatifs salins. Déjà mis en usage par les auteurs du siècle dernier, et en particulier par Zimmermann, ils ont été principalement préconisés, dans ces derniers temps, par M. Bretonneau et ses élèves. Le sulfate de soude ou le sulfate de magnésie sont les sels particulièrement employés. Le docteur Berggren conseille le mélange suivant:

A prendre une cuilierée à bouche trois fois par jour.

M. Bretonneau donnait tantôt le sulfate de soude et tantôt le sulfate de magnésie, à la dose de 8 à 16 grammes dans une potion, et autant en lavements dans 180 ou 240 grammes de liquide. Le docteur Cheyne administre la crème de tartre à doses élevées; il en donne, en effet, 15 grammes tous les quarts d'heure. Enfin le docteur Meyer (1) s'est servi du nitrate de soude à la dose suivante:

% Nitrate de soude... de 15 à 30 gram. | Gomme adragante..... 0,50 gram. | Eau commune..... 250 gram. |

A prendre par cuillerées à bouche, dans la journée.

On peut encore, comme le conseille M. Thomas, donner simplement l'eau de Sedlitz à la dose d'une demi-bouteille par jour, et d'un verre chez les enfants. Quel que soit le sel que l'on mette en usage, l'effet est évidemment toujours le même; mais quel est cet effet? Comment ces purgatifs peuvent-ils réussir dans une affection dont le dévoiement est un des principaux symptômes? Les explications n'ont pas manqué, mais, il faut le dire, elles sont très peu satisfaisantes. Contentons-nous de noter les succès qu'un si grand nombre d'auteurs affirment avoir obtenus, tout en remarquant que leur opinion n'est pas fondée sur des preuves irréfragables. Suivant quelques uns, les purgatifs seraient principalement utiles dans certaines formes de la dyssenterie, et surtout dans la dyssenterie dite bilieuse; mais les réflexions faites plus haut à l'occasion de ces prétendues formes de la maladie medispensent de rechercher la valeur de cette opinion.

Autres purgatifs. Parmi les autres purgatifs, nous trouverons d'abord la rhu-barbe. Il n'est point de médicament dont on ait plus abusé dans le traitement de la dyssenterie. On en trouve la preuve dans une dissertation de Jacob (Erfürth, 1800), qui s'élève fortement contre cet abus. Stoll, Richter, et, dans ces derniers temps, Gall, ont recommandé ce médicament. Ce dernier l'associait à d'autres substances ainsi qu'il suit:

7 Teinture de gentiane.... 45 gram. Teinture de cannelle..... 15 gram. Teinture anodyne..... 10 gouttes.

Dose: une cuillerée à casé toutes les heures,

L'huile de ricin a été prescrite par un bon nombre de praticiens, et en particulier par Fraser (2), Clark (3), etc. D'autres ont administré la coloquinte, le

⁽¹⁾ Huseland's Journ., 1827.

⁽²⁾ Med. obs. and inquiries, vol. II.

⁽³⁾ Beob. Wer die Krankh. in Ost.; Leipzig, 1788.

jalap, etc.; en un mot, les diverses espèces de purgatifs, sans qu'on puisse attribuer à quelqu'un d'eux une efficacité particulière.

Vomitifs. Les vomitifs, et surtout l'ipécaeuanha, tiennent une grande place dans la thérapeutique de la dyssenterie.

M. le docteur Millet, de Tours (1), a rapporté des cas de dyssenterie sporadique assez intense, dans lesquels l'ipécacuanha a procuré une prompte guérison. Il a vu, contrairement à l'opinion de M. Trousseau, ce médicament agir, dans ces cas, comme vomitif et non comme purgatif.

M. le docteur Turelutti (2) assirme n'avoir perdu qu'un seul dyssentérique sur deux cent cinquante, dont deux cents étaient assectés de dyssenterie épidémique. C'est à l'aide du traitement suivant qu'il aurait obtenu ce résultat :

24 Tamarin..... 50 à 90 gram. | Eau..... 500 gram.

Faites bouillir, puis saites insuser dans cette décoction :

Ipécacuanha finement pulvérisé. 1 à 4 gram.

Dose : une cuillerée à bouche toutes les vingt minutes.

On a peine à croire qu'il ne se soit pas glissé quelque erreur dans l'énoncé d'un tel résultat obtenu par une médication semblable.

C'est l'ipécacuanha qui formait la base du remède secret d'Helvétius. Il a été administré à des doses très variables. Il faut dire, d'une manière générale, qu'on doit le faire prendre à dose vomitive, c'est-à-dire de 1 à 2 grammes, en une seule fois. Cependant quelques auteurs veulent qu'on le donne à très petites doses. C'est ainsi que Bosquillon recommandait d'en faire prendre 5 à 10 centigrammes, deux ou trois fois par jour. D'autres médecins préfèrent le tartre stibié; on peut citer parmi eux Pringle (3), qui vante particulièrement l'emploi du vomitif antimonié. D'un autre côté, Ræderer et Vagler, Clark, etc., s'élèvent fortement contre ce vomitif. Nous voilà donc encore arrêtés par une question insoluble, parce que les auteurs ne nous ont pas fourni les éléments propres à résoudre le problème.

M. le docteur Ségond (4) a beaucoup vanté les pilules onglaises qui contiennent de l'ipécacuanha, du calomel et de l'opium; mais rien ne prouve encore que ce moyen ait plus d'efficacité que les précédents.

Astringents. De tous les astringents, l'acétate de plomb est celui qui a été le plus souvent administré. Fr. Hoffmann le faisait entrer dans un mélange qui était regardé comme assez efficace pour qu'on lui donnât le nom de poudre dysseuté-rique.

Poudre dyssentérique d'Hoffmann.

X Safran de mars astringent (peroxyde de fer).30 gram.Racine de tormentille.8 gram.Corne de cerf calcinée.15 gram.Acétate de plomb.2,50 gram.Racine de bistorte.8 gram.

Mélez. Faites une poudre. Dose : 1,25 grammes.

l'n bon nombre d'autres praticiens ont mis en usage l'acétate de plomb. Le

⁽¹⁾ Journ. des conn. méd.-chir., mai 1845.

¹²⁾ Giorn. per servire ai progr. delle path. 6 therup., 1813.

a) Malad. des armées.

¹¹⁾ Docum, relatifs à la méthode élect, employée contre la dyssent.; Paris, 1836.

docteur Mittchel (1) l'associe à l'opium, et donne ces deux substances à la dose de 0,05 à 0,10 grammes chacune, toutes les deux ou trois heures. M. Levrat-Perroton (2) a imité cette pratique.

Le ratanhia est ensuite, parmi les astringents, la substance la plus sréquemment recommandée. Une décoction édulcorée avec le sirop de coing pour tisane; un lavement d'eau d'orge, avec addition de 8 à 10 grammes d'extrait, telle est la manière dont on doit employer ce médicament, auquel les Anglais ont fréquemment recours dans les pays chauds. Le monesia peut être prescrit de la même manière. Divers autres médicaments, ayant à peu près la même action, comme le sulfate de cuivre, le sulfate de zinc, l'eau de chaux, etc., ont été également mis en usage.

Toniques. On a eu recours encore aux toniques et aux amers, dont il importe de dire un mot. Parmi les substances de ce genre, il en est quelques unes qui ont surtout eu la réputation d'être d'excellents antidyssentériques. Je citerai, entre autres, l'écorce de simarouba, vantée principalement par Jussieu, et après lui par Sarcone et P. Frank; le quinquina, le lichen d'Islande, que l'on a donnés quelques seuls, mais plus souvent unis à d'autres substances, et en particulier à l'opium et aux astringents. On a également fait un assez grand usage des ferrugineux.

Nitrate d'argent. Le nitrate d'argent, que, d'après MM. Masselot et Follet, Boerhave avait employé le premier, était bien rarement mis en usage, lorsque, dans ces dernières années, M. Boudin et surtout M. Trousseau lui ont accordé une grande importance dans le traitement de la dyssenterie. MM. Masselot et Follet (3), qui ont examiné les résultats thérapeutiques des divers médicaments qu'ils ont employés, regardent le nitrate d'argent comme très efficace, surtout lorsque les forces sont très abattues. Le nitrate d'argent est dissous simplement dans l'eau à la dose suivante:

2 Nitrate d'argent de 0,10 à 1 et 2 gram. | Eau..... Q. s. pour un lavement.

Cette dernière dose ne doit être donnée qu'avec précaution. Chez les enfants très jeunes on se bornerait à une solution de 0,05 grammes, et l'on augmenterait ensuite la dose suivent l'âge.

M. Trousseau prescrit le lavement suivant :

4 Nitrate d'argent cristallisé. 0,25 gram. | Eau distillée...... 200 gram.

On trouve dans le Bulletin de thérapeutique (août 1848) une observation dans laquelle on voit le médicament suivi, au bout de vingt quatre heures, d'une grande amélioration et de la guérison au bout de quatre jours. Il est vrai que la maladie avait déjà beaucoup perdu de son intensité quand le traitement fut commencé.

Quoique les faits rapportés par les auteurs que je viens de citer soient très intéressants, on ne peut encore se prononcer d'une manière définitive sur l'efficacité réelle de ce médicament, parce qu'une analyse rigoureuse et exacte d'un assez grand nombre de faits n'a pas encore été présentée.

Diaphorétiques. Les diaphorétiques ont également trouvé leur place dans ce traitement. Je citerai en particulier l'acétate et l'hydrochlorate d'ammoniaque, qui ont été presque exclusivement mis en usage. Voici une formule qui était fami-

⁽¹⁾ The north Amer. med. and chir. Journ.; Philad., 1826.

⁽²⁾ Journ. de méd. et de chir. prat.

⁽³⁾ Loc. cit.

lière à Vogel, et dans laquelle l'acétate d'ammoniaque entrait dans une assez grande proportion :

24 Gomme arabique..... 30 gram. | Sucre blanc..... 8 gram. Dissolvez dans:

Ajouter:

Acétate d'ammoniaque.... 60 gram. | Teinture d'opium.... de 2 à 4 gram.
Mêlez. A prendre une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Eau albumineuse. L'eau albumineuse a été prescrite dans la dyssenterie plus encore que dans l'entérite simple. Voici comment M. Baudin de la Pichonnerie (1) indique la manière de la préparer :

4 Blancs d'œuſs......... p[∞] 5 ou 6. | Sucre en poudre.......... 45 grams.

Mettez ces substances dans une bouteille d'eau; ajoutez quelques grains de plomb de chasse. Agitez quelque temps : le mélange est parfait.

Dans les cas où il y a de violentes douleurs, M. Baudin ajoute au liquide précédent:

ou bien:

Laudanum de Sydenham...... 8 à 10 gouttes.

M. Mondière (2) a principalement insisté sur l'emploi de ce moyen.

Moyens divers. La noix vomique a été recommandée par un grand nombre d'auteurs. Je citerai, entre autres, Huseland, qui la prescrivait après l'administration d'un vomitif, et de la manière suivante :

4 Extrait de noix vomique. 0,50 gram. Sirop de guimauve...... 30 gram. Mucilage de gomme arab. 30 gram. Eau de sureau........ 180 gram.

Il faisait administrer en même temps des lavements mucilagineux, avec addition de 15 à 20 centigrammes d'extrai: de noix vomique. Les docteurs Geddings (3) et Most ont beaucoup vanté ce traitement. Ce dernier employait la décoction de noix vomique, à laquelle il ajoutait une quantité considérable d'opium.

Les préparations mercurielles, et principalement le calomel, ont une grande réputation, surtout parmi les médecins anglais. Dans une épidémie de dyssenterie, le docteur Amiel dit avoir en beaucoup à se louer du traitement suivant :

Dès le début, prendre 2 grammes de calomel en une seule prise, matin et soir. Continuer ainsi pendant cinq ou six jours. Le docteur Annesley associe le calomel à l'opium.

Reste maintenant un grand nombre de substances qui ont été préconisées par divers médecins, sans qu'on puisse se faire une idée, même approximative, de leur degré d'efficacité. Je citerai d'abord l'emploi de la cire jaune, médicament employé dès les anciens temps, puisque Dioscoride en parle déjà. Pringle en saisait un assez sréquent usage, et voici comment il l'administrait :

⁽¹⁾ Journ. de méd. et de chir. prat., t. 111, p. 282.

⁽²⁾ Journal l'Expérience.

⁽³⁾ The north Amer. med. and chir. Journ., 1834.

On voit que dans cette formule les opiacés dominent, et qu'on a eu grand tort d'attribuer, comme on l'a fait, tous les honneurs de la guérison à l'emploi d'une substance très probablement inerte, ou du moins très peu active.

Dans la formule de Willis (1), ce sont les excitants et les astringents qui sont unis à la cire, et qui sont, sans aucun doute, les substances vraiment actives. Aussi n'ai-je cité ces médicaments que pour montrer avec combien peu de rigueur on procède dans les expériences thérapeutiques.

Il me resterait maintenant à parler de quelques autres substances, comme le phosphore, prescrit par le docteur Ortel (2); la térébenthine, conseillée surtout par Copland (3), le chlorure de chaux, les antispasmodiques, etc.; mais nous n'avons pas sur l'action de ces substances des renseignements suffisants pour qu'il soit nécessaire de s'en occuper davantage.

Un mot seulement sur le narcisse des prés (narcissus pseudo-narcissus), auquel plusieurs auteurs ont paru attribuer une espèce de spécificité. M. Passaquay (4), qui a surtout beaucoup insisté sur l'emploi de cette substance, indique ainsi l'administration qui en a été saite dans une épidémie du département du Jura:

Le narcisse des prés a une action vomi-purgative, et c'est sans doute de cette manière qu'il a agi dans le traitement de la dyssenterie. Or rien ne prouve qu'il ait une efficacité plus grande que les autres vomitifs et purgatifs indiqués plus haut.

Boissons, lavements, assure d'eau froide. Une médication particulière, et et dont j'ai voulu dire quelques mots à part, consiste dans l'usage des liquides soit à l'intérieur, soit à l'extérieur. Breseld (5) assure avoir obtenu de très nombreuses guérisons par la simple administration de l'eau froide et des lotions froides sur l'abdomen. Le docteur Kent (6) administrait principalement des lavements d'eau froide; ensin les assures froides ont été recommandées particulièrement par MM. Nardi et Récamier. C'est dans les cas où les symptômes sont arrivés à leur plus haut degré, et où les malades tombent dans le collapsus, que ce dernier médecin emploie les assures.

A l'extérieur, outre ces assusions, on a appliqué des rubé fiants et des vésicants, principalement sur l'abdomen, sur les lombes et sur le sacrum; mais il est plus que douteux que ces moyens aient été réellement efficaces. Ramener la chaleur aux

⁽¹⁾ Voy. Formulaire de M. Foy.

⁽²⁾ Med. pract. Beob.; Leipzig, 1804.

⁽³⁾ The Lond. med. Journ., 1821.

⁽⁴⁾ Thèse; Paris.

⁽⁵⁾ Dict. des sciences médicales, t. X.

⁽⁶⁾ The north Amer. Journ., 1826.

extrémités, pratiquer sur l'abdomen des frictions sèches et chaudes, et y appliquer quelques fomentations émollientes, tels sont les moyens simples qu'il suffit de mettre en usage.

Lavements d'eau chaude. M. le docteur J. Irving (1) recommande les lovements d'eau simple à 25 ou 26 degrés au-dessus de zéro. Il les sait donner à l'aide d'une sonde œsophagienne, asin qu'ils pénètrent plus haut. Dès que le malade a pris un de ces lavements, il doit se coucher sur le côté gauche, et ne se déranger que lorsque le besoin d'aller à la garde-robe se sait impérieusement sentir. Cette médication bien simple mérite d'être expérimentée de nouveau.

Résumé; régime; ordonnances. Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur les diverses médications exposées plus haut, nous voyons qu'il n'en est aucune à laquelle il faille accorder plus de confiance qu'à l'association des narcotiques avec les astringents. Il faut ajouter que ces derniers médicaments ne doivent être mis en usage que dans les derniers temps de la maladie et dans la période de collapsus. Alors aussi on doit avoir recours aux lavements de nitrate d'argent dont je viens de parler. En somme, c'est, quoi qu'on en ait dit, aux préparations opiacées qu'il faut avoir principalement recours.

Le régime est important à indiquer, surtout pour la convalescence; car, dans le cours de la maladie, il est bien entendu qu'en doit recommander une diète sévère. Il faut veiller à ce que les malades ne prennent pas trop tôt des aliments substantiels. Donner d'abord de légers bouillons, puis des potages au riz et au salep, puis des œufs, du poisson, et ne passer à des aliments plus solides que lorsque toute susceptibilité du côté de l'intestin a disparu, telle est la conduite que doit suivre le médecin.

1" Ordennance.

DANS UN CAS DE DYSSENTERIE LÉGÈRE, NON PÉRRILE.

- 1° Pour tisane, légère décoction de riz, édulcorée avec le sirop de gomme ou de coing.
 - 2º Matin et soir, un quart de lavement d'eau de guimauve avec addition de :

Laudanum...... 10 à 12 gouttes. Amidon........... 4 gram.

Pour les enfants très jeunes. 1 goutte.

- 3º Fomentations émollientes sur l'abdomen.
- 4° Diète sévère.
- Ce traitement, simple, réussit toujours.

II. Ordonnance.

DANS UN CAS DE DYSSENTERIE TRÈS AIQUE, AVEC VIVE RÉACTION.

- 1º Même tisane, ou bien décoction de simarouba, ou encore, eau albumineuse (voy. p. 29).
- 2° Une saignée du bras, si la sièvre est sorte. Vingt ou trente sangsues sur le trajet du gros intestin, répétées si le cas l'exige.
- 3° Prendre toutes les trois heures une pilule de 2 à 3 grammes d'extrait thébaïque.
 - 4° Matin et soir, un lavement d'eau de graine de lin avec addition de :
 - 16) Edinb. med. and surg. Journ., janvier 1849.

5' Diète sévère; repos absolu autant que possible.

III. Ordonnance.

DANS UN CAS D'ABATTEMENT CONSIDÉRABLE DES FORCES, DE REFROIDISSEMENT
DES EXTRÊMITÉS, ETC.

- 1º Tisane, ut suprà, ou bien, décoction de ratanhia, d'arnica, etc.
- 2º Un ou deux lavements par jour, avec une solution de nitrate d'argent (100y. p. 29).
 - 3º Frictions chandes et sèches.
 - 4° Le reste, ut suprà.
- Je n'indique pas ici les médications particulières; je les ai exposées avec des détails suffisants.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; narcotiques; purgatifs; astringents; toniques, amers, ferrugineux; nitrate d'argent; diaphorétiques; eau albumineuse; noix vomique; préparations mercurielles; cire jaune; moyens divers: phosphore, térébenthine, pilules anglaises, etc.; narcisse des prés; boisson, lavements, affusions d'eau froide; lavements d'eau chaude; moyens externes; régime.

ARTICLE V.

DYSSENTERIE CHRONIQUE.

La simple lecture des auteurs suffit pour prouver que rien n'est moins bien défini que la dyssenterie chronique. Presque tous ceux qui ont écrit sur ce sujet ont rangé sous ce titre des maladeis toutes différentes, comme le cancer de l'intestin et les affections des autres organes abdominaux qui donnent lieu à une diarrhée chronique, et plusieurs ont pris pour type des ulcérations du gros intestin d'une nature toute spécifique, et appartenant principalement à la maladie tuberculeuse. Si l'on consulte les faits, on voit qu'il est rare de rencontrer une dyssenterie primitivement chronique, et il ne reste guère que les cas où, après avoir commencé d'une manière aiguë, la maladie se prolonge et prend quelques caractères tout particuliers. Mais encore ici s'élève une difficulté qui n'a point été levée. Quand peut-on dire qu'une dyssenterie a passé à l'état chronique? question difficile à résoudre dans un bon nombre de cas. Cependant, si le mouvemeut sébrile a perdu de son intensité, si les selles ont diminué de fréquence et sont surtout devenues purulentes, si en même temps il y a un dépérissement lent avec les symptômes de la fièvre hectique, on ne peut douter que la dyssenterie ne soit devenue chronique.

D'après ce que je viens de dire, on voit qu'il n'y a point de causes particulières de dyssenterie chronique dont l'existence soit démontrée par l'observation. Quant aux symptômes, j'ai énuméré plus haut les principaux. Il me suffira, pour compléter le tableau, d'ajouter l'expression de langueur, la maigreur, la pâleur de la

face; la sécheresse de la peau; la sensibilité au froid, surtout aux extrémités; parsois des épanchements de sérosité dans divers points du corps.

La marche de la maladie est presque toujours sort lente. La durée est de deux ou trois mois, et plus. Sa terminaison est presque constamment satale.

Quant aux lésions anatomiques, c'est encore l'ulcération qui en est la principale; mais cette ulcération présente quelques caractères particuliers. Les principaux sont : la couleur bleuâtre, ardoisée des parties qui en sont le siège, l'épaississement considérable des tissus et surtout du tissu sous-muqueux, la couche de pus plus ou moins sanieux qui tapisse les ulcères. On a dit que l'affection pouvait dégénérer en véritable cancer; mais, d'après tous les faits connus, c'est là une erreur, et l'on a été trompé par des cas d'affections cancéreuses dès le principe.

Le diagnostic est difficile. Si l'affection a commencé par une dyssenterie aigné, si l'on ne trouve dans l'abdomen aucune tumeur, on peut penser qu'il s'agit d'une dyssenterie chronique simple; mais encore, en pareil cas, faut-il être très réservé; car il peut très bien exister une maladie organique, cause du prolongement de la diarrhée, et qui échappe à l'investigation. Le toucher rectal fera reconnaître les cancers situés à la partie inférieure du rectum.

Le traitement de la dyssenterie chronique est composé de moyens qui tous sont partie du traitement de la dyssenterie aiguë. Ce sont les amers, les toniques, les astringents à des doses assez élevées; les frictions sèches ou aromatiques sur le tronc, un régime sévère, et surtout les lavements avec le nitrats d'argent (1). Il ést bien entendu qu'on ne doit avoir recours, dans cette sorme de l'affection, à aucun des médicaments dits antiphlogistiques, et surtout aux émissions surguines.

M. le docteur Scotti (2) a rapporté 30 observations de guérison de diarrhée et de dyssenterie chronique, traitées de la manière suivante :

2 Extrait de noyer préparé avec le vertes 8 à 12 gram. brou de noix et les feuilles Limonade minérale..... 1000 gram.

Dissolvez. Dose : un tiers ou un demi-verre quatre sois par jour.

Ce traitement peut être facilement essayé.

Il ne sant pas oublier, quand la maladie est très rebelle, le changement d'air, sur lequel M. Cornuel (3) insiste avec raison.

ARTICLE VI.

DIABRHÉE.

Voici encore un sujet très obscur, au moins sons le point de vue sous lequel nous devons l'envisager ici. Il ne doit s'agir, en effet, que de la diarrhée idiopathique ou diarrhée estarrhale de quelques auteurs, la diarrhée symptomatique ayant déjà été décrite ou devant l'être plus tard, à l'occasion des maladies dont elle est un simple symptôme. Or y a-t-il véritablement une diarrhée idiopathique, c'est-à-dire existant en l'absence de toute inflammation? C'est ce qui n'est nulle-

⁽¹⁾ Voy. Dyssenterle aigue, p. 29.

⁽³⁾ Cas. med. di Milano, 1846.

⁽³⁾ Mémoire sur la dyssenterie observée à la Guadeloupe (Mémoires de l'Aead. de méd... tome VIII. 1840).

ment démontré. Les idées qu'on se faisait sur les divers catarrhes ont été singulièrement modifiées dans ces derniers temps, et l'on a vu que les affections dites catarrhales, et en particulier le catarrhe par excellence, le catarrhe bronchique, sont évidemment liés à une inflammation qui, pour être superficielle, n'en est pas moins réelle. On dira peut-être que dans certaines diarrhées la durée de la maladie est extrêmement courte, et que les symptômes sont si légers, qu'ils ne dénotent nullement l'inflammation; c'est ce qu'on observe principalement dans la diarrhée à laquelle on a donné le nom de diarrhée nerveuse. Mais quand on voit à la surface des muqueuses, visibles à l'œil, une irritation passagère donner lieu à des flux plus ou moins abondants, ne peut-on pas admettre que la même chose se passe à l'intérieur du canal intestinal? Au reste, tout dépend de la manière de résoudre une question subsidiaire, savoir : Où commence et où finit l'inflammation? question très difficile, sur laquelle je n'ai pas la prétention de me prononcer ici.

De quelque manière qu'on envisage les choses, toujours est-il que dans des circonstances assez nombreuses, et surtout à la suite de vives émotions, on voit survenir, soit après quelques douleurs abdominales, soit seulement après quelques
borborygmes, des selles liquides plus ou moins nombreuses, ordinairement abondantes, et qui sont à peu près le seul symptôme de l'affection très légère dont il
s'agit ici. Ces phénomènes ont une très courte durée, et tout rentre dans l'ordre
sans qu'ordinairement il soit nécessaire de faire aucun traitement.

Quant aux autres diarrhées idiopathiques admises par quelques auteurs, comme la diarrhée des enfants et la diarrhée asthénique, leur existence n'est nullement prouvée, je ne m'y arrêterai pas. Restent les diarrhées critiques, sur lesquelles nous n'avons également que des renseignements très peu précis, et dont je dirai un mot à l'occasion de l'entérorrhée.

Diarrhée intermittente. M. le docteur Millet (1) a rapporté un cas de diarrhée séreuse, revenant toutes les nuits à deux heures, et coupée au bout de six accès par le sulfate de quinine.

Si les selles, dans la diarrhée idiopathique, étaient très nombreuses, et si l'affection se prolongeait, il suffirait, pour faire cesser les symptômes, de prescrire l'eau de riz ou l'eau albumineuse, quelques astringents, et d'administrer un ou deux lavements laudanisés.

Le docteur Bertin (2) a porté la dose du tannin jusqu'à 0,50 et 0,75 grammes, et même 1 gramme, répétés deux sois par jour, sans aucun inconvénient. Il cite douze cas de diarrhées rebelles qui ont cédé complétement à ce moyen. Dans deux de ces cas, compliqués de diarrhée, celle-ci a également très bien guéri.

M. le docteur Levrat-Perroton (3) cite trois cas de diarrhée rebelle aux opiacés et aux émollients, guéris par la décoction de renouée (polygonum aviculare).

M. le docteur Lavirotte (4) recommande l'huile de naphte. Suivant lui, on peut employer celle de nos pharmacies, bien qu'elle soit d'une qualité inférieure. Ce médicament est regardé presque comme un spécifique par les médecins russes du Caucase.

⁽¹⁾ Journ. des conn. méd.-chir., août 1844, p. 62.

⁽²⁾ Giorn. delle Soc. med. di Torino, cité dans Gaz. méd. de Montpellier, avril 1846.

⁽³⁾ Journ. de méd. de Lyon, 1843.

[🕩] Gazette des höpitaux, 1849.

La potentille était autresois recommandée comme antidiarrhéique. M. le docteur Bonnard (1) a de nouveau appelé l'attention des médecins sur cette plante indigène, et a cité un cas dans lequel une diarrhée intense sut arrêtée en quarante-huit heures par un moyen prescrit comme il suit:

7 Potentille ansérine.. de 8 à 15 gram. | Eau................ 1000 gram.

Esiles bouillir pendant dix minutes. A prendre dans la journée.

C'est aux praticiens à expérimenter cette substance.

M. Rayer conseille contre la diarrhée chronique le mélange suivant :

A prendre, à la dose de 20, 30, 40 centigrammes par jour, divisés en plusieurs paquets.

C'est à l'expérience ultérieure à nous apprendre quelle est l'efficacité réelle de ce moyen.

M. le docteur Nevins (2) emploie la noix vomique à la dose de 75 milligrammes par jour, dans la diarrhée chronique. Mais comme il l'associe à d'autres médicaments actifs, et notamment à l'opium et au carbonate de ser, on ne peut rien conclure des saits qu'il rapporte.

M. Boisseuil (3) cite un cas où l'eau de chaux donnée à la dose d'un tiers de tasse pour deux tiers de lait, deux fois par jour, a guéri une diarrhée chronique très rebelle.

Diarrhée cholériforme des jeunes enfants. Dans la diarrhée cholériforme des jeunes enfants, lorsque les symptômes sont très graves et menacent la vie. M. Trousseau conseille les bains de moutarde, qu'il fait prendre de la manière suivante. On met dans une serviette 500 grammes de farine de moutarde, que l'on délaie dans l'eau froide; puis on noue la serviette de manière que la farine soit lâche, et enfin on la tord et on la presse jusqu'à que l'eau devienne jaune. On doit délayer la farine dans l'eau froide, parce qu'alors l'huile essentielle de moutarde se développe en plus grande quantité. L'enfant, soutenu par la nourrice, ou toute autre personne, est placé dans le bain; bientôt il commence à sentir l'action irritante de la moutarde, que la personne sent aussi; quand la cuisson est devenue insupportable pour la personne qui le tient, il faut retirer l'enfant, le placer dans une couverture de laine, et lui donner à l'intérieur du sirop d'éther par petites cuillerées à casé.

M. le docteur Weine, de Saint-Pétersbourg (4), conseille la viande crue es petites boulettes ou râpée, dans la diarrhée qui survient fréquemment chez les enfants en sevrage; mais si la diarrhée est, en esset, causée par une nourriture trop peu animalisée, il sussit de donner aux ensants de bon bouillon, ou de leur saire sucer de la viande grillée.

⁽¹⁾ Union médicale, août 1849.

^{(2),} Lond. med. Gaz., 1848.

⁽³⁾ Journal de médecine de Bordeaux, Juliet 1846.

^{&#}x27;4) Journ. für Kinderkrankkeilen, 1848.

ARTICLE VII.

ENTÉRORRHÉE. LIENTERIE. GANGRÈNE DE L'INTESTIN.

L'entérorrhée est une affection fort rare, mais dont cependant on a réuni un certain nombre d'exemples. Ceux que M. Grisolle a cités dans son Traité de pathologie sont les plus intéressants. Parmi eux on remarque le cas observé par Morgagni sur lui-même, et celui dont un médecin de l'Hôtel-Dieu a été le sujet dans ces dernières années. L'entérorrhée étant une affection fort peu connue, et sur le traitement de laquelle nous n'avons que des données incertaines, je n'en dirai que très peu de mots.

Des déjections séreuses, abondantes au point que, dans le cas de Morgagni, la quantité de liquide rejeté a été de 8 kilogrammes en douze heures, et que chez un malade observé par Poterius, 20 kilogrammes de matière séreuse furent rendus en vingt-quatre heures; une douleur très légère du ventre ou absence de toute douleur; une faiblesse très grande qui se prolonge ordinairement assez longtemps après la guérison; un amaignissement rapide, tels sont les phénomènes qui caractérisent l'affection.

Dans quelques cas, on a vu des flux de ce genre coıncider avec la guérison rapide de quelques maladies, et surtout des diverses hydropisies. Ce sont là les flux intestinaux critiques. Ces cas sont bien rares, et aujourd'hui qu'on observe attentivement, on est bien loin de les trouver aussi souvent qu'autresois.

On n'a émis que des conjectures sur la source du liquide excrété, et sur le traitement le plus propre à suspendre le flux.

Dans les anciens auteurs, on trouve encore la description d'autres affections caractérisées par les déjections alvines et qui ont reçu les noms de flux cœliaque, lienterie, etc. Aujourd'hui ces différents flux sont rattachés à d'autres états morbides, et ne sont plus considérés comme des maladies particulières. Disons seulement ici que le flux cœliaque était décrit comme une maladie dans laquelle le chyme ou même le chyle se précipitait dans les intestins, et était rejeté par l'anus sans avoir été absorbé. L'aspect des matières excrémentitielles, dans certains cas, en avait sans doute imposé à une observation superficielle.

La lienterie n'était autre chose qu'un état morbide dans lequel, au milieu des matières liquides excrétées, on trouvait des aliments mal digérés. Nous avons vu que ce phénomène doit être principalement rattaché aux diverses espèces d'indigestion.

Disons seulement ici que, dans la lienterie des enfants à la mamelle, M. Trousseu (1) prescrit d'abord le sel de Seignette (tartrate de potasse et de soude) à la dose de 2 à 5 grammes. Si la maladie résiste, il donne de 5 à 15 centigrammes de magnésie calcinée dans un peu de lait. Enfin, si ces moyens restent sans effet, il a recours au sous-nitrate de bismuth (5 à 10 centigrammes), ou au sel de cuisine (2 à 4 grammes). Quant à moi, j'ai toujours vu réussir les opiacés à faible dose, qui n'ont pas l'inconvénient qu'ont quelquesois les moyens précédents, de produire une diarrhée trop abondante.

Je ne parlerai pas davantage de la gangrène de l'intestin, qui est due soit à un

^{.1)} Journ. des conn. méd.-chir., mars 1819.

excès d'inflammation, soit à la présence de corps étrangers, en un mot, à des causes qui doivent être considérées comme des affections particulières, et dont la gangrène n'est qu'une conséquence. Il en est de même de la dilatation intestinale, qui n'a point, à beaucoup près, l'importance de la dilatation de l'estomac. Disons seulement un mot de la perforation et de la rupture de l'intestin.

ARTICLE VIII.

PERFORATION. RUPTURE DE L'INTESTIN.

La perforation intestinale a surtout de l'intérêt à cause de la péritonite suraigué qui en est la suite. Sous ce point de vue, elle mérite d'être étudiée avec soin; mais ce n'est point ici le lieu de nous livrer à cette étude, qui sera beaucoup mieux placée dans l'article consacré à la péritonite.

Il est bien rare de voir la perforation succéder à un ulcère simple de l'intestin, et même il n'est nullement prouvé que, dans les cas cités pour démontrer la possibilité du fait, il ne fût pas question d'ulcérations typhoïdes, ou tuberculeuses, ou cancéreuses. Dans tous les cas, du reste, la perforation ne donne lieu à aucun symptôme par elle-même; elle n'est remarquable que par ses suites.

Les causes de persoration admises sont, outre les plaies pénétrantes et la présence des corps étrangers, la gangrène, les ulcères dyssentériques, typhoides, tuberculeux, cancéreux, et la destruction des parois de l'intestin de dehors et dedans par diverses causes organiques, comme les abcès des organes abdominaux. les anévrysmes, les entozoaires, etc.

M. le docteur Bizot, de Baume (1), a vu, chez une dame de quarante-cinq ans, des vers lombrics sortir par une plaie abdominale, résultant de la chute d'une escarre. Au moment où ces vers perforèrent l'intestin, il y eut des douleurs atroces. La malade guérit parsaitement.

Cette simple indication suffit; car dans de plus longs détails nous ne trouverions rien qui pût intéresser le praticien. C'est une question de pathologie générale, on plutôt même d'anatomie pathologique, qui ne doit pas nous arrêter. Il sera temps, je le répète, d'y revenir à l'occasion de la péritonite suraiguë.

La rupture des intestins est encore moins intéressante à étudier pour le pathologiste. Une énorme dilatation de cet organe peut, d'après quelques auteurs, donner lieu à cet accident; mais les cas de ce genre sont bien rares. Presque toujours ce sont des violences extérieures qui le produisent, et alors, comme pour la perforation, tout l'intérêt se porte sur la péritonite qui en est la conséquence. N'insistons donc pas davantage sur ces lésions qui n'ont point d'autre importance que d'être des causes évidentes d'une affection très grave.

ARTICLE IX.

RÉTRÉCISSEMENT DE L'INTESTIN.

Le rétrécissement de l'intestin est extrêmement rare à l'état de simplicité, c'està-dire en l'absence d'une affection cancéreuse ou d'une ulcération tuberculeuse. Quelques auteurs cependant affirment en avoir observé des exemples, et suivant

^{·1)} Bull. de la Soc. de méd. de Besancon, 1×15.

Krisch et Walther (1), cités par les auteurs du Compendium, il y aurait des rétrécissements intestinaux dus à la brièveté, à l'inertie, à la stupeur des fibres charnues, à l'adstriction, à l'hypertrophie et au spasme. L'existence de ces diverses espèces n'est nullement démontrée.

Suivant M. Laugier, les rétrécissements du rectum, organe dans lequel se rencontre particulièrement cette lésion, peuvent être le résultat d'engorgements produits par la syphilis constitutionnelle, de brides formées par l'induration du tissu sous-muqueux, et, dans d'autres cas, de cloisons avec ouverture centrale étroite, disposition rapportée encore à la syphilis par MM. A. Bérard et Maslieurat-Lagémard (2). On voit, par ce petit nombre de renseignements, combien nous sommes peu instruits sur le rétrécissement simple de l'intestin. Quelquesois on a trouvé un rétrécissement congénital qui se rapporte à une des espèces admises par Krisch et Walther, c'est-à-dire à celle qui consiste dans la brièveté des sibres.

Le rétrécissement du rectum est le seul qui soit accessible au traitement. C'est de lui qu'il s'agira principalement dans cet article, qui, à cause du peu de données que nous avons, ne comporte pas de grands détails.

Les symptômes du rétrécissement intestinal sont une constipation plus ou moins opiniètre, parfois suivie d'une diarrhée abondante, résultat tardif des purgatifs employés à haute dose pour provoquer la défécation. Nous devons encore noter le volume, la tension du ventre au-dessus de l'obstacle; le ballonnement; l'apparition, sur les parois de l'abdomen, de bosselures produites par les anses intestinales; le hoquet, des nausées, des vomissements alimentaires ou bilieux. Enfin l'appétit est perdu, les digestions deviennent lentes, difficiles: le malade tombe dans la consomption. Lorsque le rétrécissement occupe le rectum, il y a pesanteur vers le périnée et difficulté dans l'émission des urines, dues à la compression de la vessie par les matières fécales accumulées au-dessus de l'obstacle. Si le rétrécissement n'est pas situé trop haut, le doigt fait reconnaître une contraction avec ouverture étroite et bords durs dont il faut toujours rechercher l'existence.

A une époque un peu avancée de la maladie, la constipation devient extrêmement difficile à vaincre. S'il y a encore des selles à des intervalles éloignés, elles offrent ceci de remarquable, que les matières rendues ont un très petit diamètre, qu'elles sont rubanées, comme passées à la filière, qu'elles présentent, en un mot, la forme de l'ouverture rétrécie par laquelle elles ont passé. Plus tard encore, toute excrétion est suspendue, le ventre devient énorme, l'anxiété est extrême, on observe parsois des vomissements de matière fécale, et le malade succombe soit aux progrès d'une péritonite générale, due quelquesois à une rupture de l'intestin, soit aux longues souffrances qu'il a endurées.

Cette maladie est chronique. C'est peu à peu que se manifeste la constipation, qui en est le premier symptôme. Sa durée est indéterminée, Lorsqu'elle n'occupe point le rectum ou une partie peu élevée de l'S iliaque, on doit la regarder comme mortelle, car nos moyens de traitement ne peuvent ni en arrêter les progrès, ni suppléer à l'arrêt des matières.

Nous avons vu plus haut à quelles causes organiques on doit attribuer l'affection.

^{11.} Diss. de int. angust.; Leipig. 1731.

^{·2} Gas. méd., mars 1839.

M. Corbin (1) s'est attaché à prouver que le rétrécissement était presque toujours la conséquence d'une ulcération; mais l'ulcération est-elle ou n'est-elle pas de nature cancéreuse ou tuberculeuse? C'est ce qu'on ne peut dire d'après les faits qu'il a cités, et dont le plus remarquable est celui qui lui a été communiqué par M. le docteur Pagès. Ce médecin a trouvé, en esset, dans un cas observé à la Charité, onze rétrécissements successifs correspondant à autant d'ulcérations. De son côté, M. Louis (2) a démontré que chez les tuberculeux, le rétrécissement était fréquent, et avait pour cause organique l'ulcération. Il a cité à ce sujet des saits très intéressants, et dans lesquels la lésion intestinale a joué un grand rôle. Ces saits prouvent que le rétrécissement intestinal n'est, dans l'immense majorité des cas du moins, qu'une affection liée à une maladie antécédente, et que l'ulcération qu'il le détermine est elle-même une altération dépendant de la maladie primitive.

Le diagnostic du rétrécissement de l'intestin dont le siège est au-dessus du rectum est très difficile, du moins lorsqu'il s'agit du rétrécissement simple. Il est des eas où l'on ne saurait dire s'il s'agit d'un étranglement interne ou d'un simple rétrécissement. Cependant nous verrons plus loin que dans l'étranglement interne la maladie a une marche moins continue, que les accidents, après s'être reproduits plusieurs sois, se montrent rapidement avec une violence souvent extrême, et ces considérations pourront mettre sur la voie du diagnostic.

Quant au diagnostic du rétrécissement du rectum en particulier, on y parvier à l'aide du cathétérisme, en faisant usage des bougies à empreinte, et en employant l'appareil indiqué par M. Laugier; mais ces détails empiètent trop sur le domaine de la chirurgie pour que je doive y insister ici. Quelquesois le doigt pénètre jusqu'au rétrécissement, et alors on peut, jusqu'à un certain point, a'assurer s'il s'agit réellement d'un rétrécissement simple, semblable à ceux qui ont été indiqués plus haut.

C'est encore à la chirurgie qu'appartient principalement le traitement du rétrécissement du rectum. Les délayants, les purgatifs, les lavements de diverses espèces, ne sont, en effet, que des palliatifs. Les véritables moyens curatifs sont l'introduction des bougies, des mèches, l'incision des brides, la cautérisation de la partie rétrécie, et enfin dans le cas où le rétrécissement est complet, où la rétention des matières ne peut être vaincue et persiste pendant longtemps, l'établissement d'un anus artificiel, soit par la méthode remise récemment en honneur par M. Amussat (3), soit par une des autres méthodes usitées. On comprend que je ne dois pas insister davantage, car ce serait sortir du domaine de la pathologie interne.

ARTICLE X.

ETRANGLEMENT INTERNE.

Autresois un désignait sous le nom d'ileus tous les obstacles au cours des matières intestinales. Dans ces derniers temps, on a eu de la tendance à remplacer «

⁽¹⁾ Arch. gén. de méd., 1º série, t. AXIV.

⁽²⁾ Rocherches sur la phihisie. 2º édit.: Paris, 1843, p. 559.

⁽³⁾ Quelques reft. prot. sur les obstr. du rect. (Gaz. méd. de Paris, 1839).

not par celui d'étranglement interne; cependant ni l'un ni l'autre ne doivent voir une signification aussi étendue. L'obstacle au cours des matières est occaionné par trop de causes dissérentes pour qu'on en puisse réunir toutes les vaiétés sous un seul et même ches. Qu'il y ait, en esset, un simple rétrécissement, ne tumeur soit dans l'intérieur de l'intestin, soit en dehors, ou même un corps tranger, un amas de matières fécales dans un point quelconque de l'organe, et le ours des matières se trouve interrompu. Il était donc nécessaire d'une part, e rejeter ce nom d'ileus, qui ne peut s'appliquer à rien de déterminé, et, de autre, de bien définir ce que l'on doit entendre par ce mot étranglement interne. Dans un mémoire récemment publié, M. Rokitansky (1) admet trois espèces, une qui n'est autre chose que le rétrécissement ou l'oblitération causée par me pression externe; une autre qui consiste dans la rotation d'une partie de 'intestin autour d'un axe formé par une autre partie; la troisième, qui est l'étranlement causé par des anneaux, des brides cellulo-membraneuses, l'adhésion de 'appendice vermisorme, etc. Cette division me paraît devoir être adoptée, car elle ésume les diverses espèces d'étranglement, sans comprendre des maladies étrangères. Peut-être cependant faudrait-il y joindre l'invagination intestinale, car il l'est pas douteux que dans cet accident l'intestin invaginé ne se trouve étranglé à un assez haut degré. Mais, même en acceptant cette manière de voir, il n'en faudrait pas moins décrire l'invagination à part, car elle présente quelques signes qui lui donnent une physionomie toute particulière. Ne nous occupons donc que des espèces admises par M. Rokitansky et par la plupart des anatomo-pathologistes modernes. Les auteurs du Compendium ne veulent point admettre la première classe, parce que l'intestin n'a pas un rôle actif dans l'étranglement; cependant on ne peut pas douter qu'il ne soit étranglé, et comme les cas de ce genre ne diffèrent pas, pour les symptômes, de ceux où l'intestin joue un rôle actif, il semble qu'on peut passer par-dessus cette difficulté. Au reste, ce n'est là qu'une question d'anatomie pathologique qui n'a pas une très grande importance pour nous.

M. le docteur Benj. Phillips (2) a recherché la fréquence de l'obstruction intestinale, considérée d'une manière générale, c'est-à dire quelle que soit la cause qui intercepte le cours des matières. Il a trouvé que, sur 2,392 autopsies faites par plusieurs auteurs, cette disposition anormale existait 22 sois, c'est-à-dire environ une sois sur 100.

D'après les recherches de M. Rokitansky, l'étranglement interne qu'on a décrit sons les noms d'ileus, passio iliaca, miserere mei, vomitus stercoris, volvulus, etc., peut affecter tous les âges. Néanmoins c'est dans un âge moyen ou avancé qu'on l'observe le plus fréquemment. D'après une observation de M. Gendron (3) l'étranglement interne peut s'observer immédiatement après la naissance.

Les causes déterminantes de l'étranglement interne sont presque toutes organiques. Je renvoie donc, pour leur indication, aux lésions anatomiques qui seront succinctement exposées plus loin. Dans quelques cas, comme, par exemple, dans

^{1.} Arch. gen. de med., 1837; Sur les étranglements int. des int., extrait du Med. Jahrh. des oest. Se., XIXº vol., 1836.

^{12:} Lond. med. chir. Trans., 1843.

³⁾ Arch. gén. de méd., 110 série, t. VIII.

ceux où les intestins se trouvent engagés dans un anneau sibreux ou passent rap dement au-dessous d'une bride, les essorts faits par le malade peuvent expliquer production de l'accident; mais dans d'autres, rien de semblable n'existe, et marche de la maladie, que nous allons exposer, prouve que l'étranglement s'est à lentement.

Symptômes. Suivant M. Rokitansky, voici quels sont les symptômes propre l'étranglement interne considéré en général: « Pendant une période plus ou moi longue avant la terminaison fatale, le malade, dit cet auteur, est pris de temps autre de symptômes indiquant un étranglement de l'intestin. Ceux-ci prense leur source soit dans un écart de régime, soit dans un violent effort, et comme cent généralement par une douleur aiguë et subite dans les intestins. Dans que ques cas, cette douleur part d'un point déterminé. Elle est suivie plus ou moi rapidement d'une distension remarquable de l'abdomen, de tympanite, de constriction de la poitrine. Il y a une vive anxiété, des nausées et des vomissement selon la violence et la date de l'étranglement. Pendant la durée de ces symptoment souvent même dans leur intervalle, les malades ont des selles raves et même me constipation permanente et opiniâtre.

La dernière attaque, toujours suivant M. Rokitansky, a une physionomie pre ticulière. Elle est généralement causée par quelque écart de régime. Elle in nonce par une douleur intestinale subite et violente, et qui s'étend bientôt le totalité de l'abdomen. Le ventre est excessivement ballonné, la respiration est le rieuse, les yeux sont enfoncés, la face est altérée et exprime une grande anxiere les évacuations alvines sont peu abondantes, rares; plus souvent il y a une compation rebelle. Les vomissements, d'abord bilieux, sont ensuite formés par est matières fécales; la chaleur générale baisse, le pouls peut à peine être senti. In les symptômes présentent ordinairement une rémission peu de temps avant la motion de la symptômes présentent ordinairement une rémission peu de temps avant la motion de la symptômes présentent ordinairement une rémission peu de temps avant la motion de la symptômes présentent ordinairement une rémission peu de temps avant la motion de la chaleur générale de la chaleur gé

Ces symptômes peuvent être regardés comme l'expression assez exacte de a se passe ordinairement dans les cas d'étranglement interne; cependant il de dire un mot sur la manière dont ils se succèdent. M. Louis (1) a remarque dans les premiers jours, on n'observe que des symptômes gastriques, et autres symptômes caractéristiques ne se montrent qu'à une époque plus ou avancée et successivement. Sans vouloir établir ce fait en règle générale, il interest de le signaler, afin que certains cas d'étranglement interne n'en imposent pour des affections gastriques.

Les vomissements sont parfois purement bilieux; c'est ce qu'on a observé seulement dans quelques cas recueillis pas M. Rokitansky, mais encore dans sieurs de ceux qu'on trouve épars dans les différents recueils.

Ainsi que nous venons de le voir, d'après la description tracée par M. Rokitant la marche de la maladie est irrégulièrement intermittente. Si l'on considère, effet, les observations, on voit qu'il y a plusieurs attaques précédant celle qui emporter le malade, et que ces attaques, caractérisées par les symptômes de l'adu cours des matières, vont en augmentant de violence à mesure que l'on approde la dernière. Cependant ce n'est pas là une règle sans exception, et on le que cevra facilement, quand on se rappellera que l'étranglement peut être causé pur passage rapide d'une anse d'intestin dans une ouverture trop étroite. Desse

¹ Arch. gen. de med., 114 serie, t. XIV.

viant pas à ces écarts de régime qui, suivant l'observation de M. Rokitansky, dérminent les attaques, la maladie, qui avait donné lieu à des symptômes continus surtout à une longue constipation, finit par déterminer des accidents formidales promptement suivis de mort. Il s'ensuit que la durée générale de la maladie it très variable. Quant à la durée de ce que M. Rokitansky a appelé des attaques, peut dire d'une manière générale qu'elle est d'environ quinze jours à trois maines. Il y a cependant des cas où la mort arrive plus promptement.

La terminaison est-elle toujours satale? C'est ce qui paraît certain dans l'étranmement interne, tel que nous l'avons désini plus haut. Mais si l'on voulait saire atrer dans cette maladie l'engouement de l'intestin et le volvulus, il n'en serait lus de même; car, dans ces dernières affections, on peut très bien obtenir la nérison.

Les lésions anatomiques ne doivent pas nous arrêter longtemps. Disons seuleent que l'étranglement est produit par des brides cellulo-fibreuses, comme dans cas observé par M. Louis, par des adhérences de l'appendice vermiculaire, par n diverticule de l'intestin, comme dans une observation de M. Rayer (1), et une atre rapportée par M. le docteur Tinniswood (2), qui a vu, chez un enfant de rans et demi, un étranglement interne causé par une bride que sormait un dierticule de l'intestin grêle, dont l'extrémité allait adhérer à une autre portion l'intestin; par les divers enroulements décrits par M, Rokitansky; par le passage l'une anse de l'intestin dans une ouverture trop étroite : dans des déchirures du nésentère, de l'épiploon, dans une ouverture du diaphragme, ainsi que M. Siaud (3) en a cité un exemple, dans l'hiatus de Winslow (obs. de M. Blandin), etc.; nsin, par les diverses tumeurs qui peuvent envahir le pourtour de l'intestin et étrécir son calibre. M. Benj. Phillips (4), ayant recherché la fréquence des cas l'obstruction est produite par des brides, des adhérences, le passage de l'intesn à travers une ouverture onormale, ou l'entortillement de l'intestin sur luiène, a trouvé 60 cas sur 169. Ces diverses variétés réunics sont un peu moins equentes que l'invagination.

M. le docteur Mackenzie (5) a vu deux cas d'étranglement intestinal résultant la torsion de l'S du colon sur elle-même. M. le docteur R. L. Hardy (6) a lé un cas dans lequel l'étranglement intestinal était produit par l'enroulement une anse de l'intestin autour du pédicule d'un kyste de l'ovaire. M. le docteur sinbrigge (7) a observé, sur un homme de cinquante-trois ans, un étranglement testinal causé par la présence d'une rate supplémentaire dans le grand épimon, et M. le docteur Alonzo (8) a vu le même accident occasionné par le déucement de la rate et du pancréas.

Il n'y aurait pas d'utilité, sous le rapport pratique, à entrerdans de plus grands

^{1.} Arch. gén. de méd., 1re série, t. V.

⁽² Lond. and Edinb. monthly Journ., juillet 1844.

⁽³⁾ Arch. gen., t. XIII, 1re série.

^{1.} Lond. med. chir. Trans., 1848.

¹⁵¹ Remarques sur l'étranglement int. des intesti et sur son trait. (Lond. med. Gaz., 1848).

^{4.} The Lancel, avril 1845.

⁷⁾ Lond. med. Gaz. décembre 1846.

⁸ Arch. della medic. espan. y estrani., octobre 1846.

détails. Aussi ne dirai-je qu'un mot des brides cellulo-fibreuses. Est-ce à l'inflammation qu'il faut les attribuer? Dans quelques cas peut-être, mais non évidemment dans tous. Dans l'observation qu'il a citée, M. Louis a cherché en vain des traces d'inflammation, et dans celle de M. Gendron ce n'était évidemment pas à cette cause qu'or devait attribuer la production de l'obstacle congénital au cours des matières.

Pour terminer l'indication des lésions, il suffit de dire que le développement considérable de la portion d'intestin située au-dessus de l'obstacle, l'accumulation des matières fécales et des gaz, l'épaississement des parois intestinales par suite de cette dilatation, parsois l'inflammation de la partie d'intestin étranglée, et une peritonite consécutive, constituent les principales.

Le diagnostic de cette affection présente parsois des difficultés réelles, non qu'a soit embarrassé pour distinguer l'étranglement de toute autre maladie, mais parce qu'il est souvent très difficile de distinguer les diverses espèces entre elles. Disons cependant que la palpation et la percussion sont reconnaître celui qui est accasionné par une tumeur compriment l'intestin; que les mêmes moyens d'exploration et le siège de cette tumeur sont diagnostiquer l'invagination intestinale dont il va être question bientôt, et qu'ensin on devra examiner attentivement les régions inguinales, l'ombilic et la ligne blanche, pour s'assurer s'il n'existe pas de herave et interroger le malade avec soin sur les phénomènes qui se sont montrés de a côté; car il est très important, on le conçoit bien, de savoir si l'étranglement interne est dû à cette cause, dont je n'ai point parlé parce que les saits de ce gent rentrent dans le domaine de la chirurgie.

Pronostic. Le pronostic est, d'après tout ce que j'ai dit, excessivement grave. Quelquesois les douleurs cessent assez promptement; mais qu'on ne s'y laisse pe tromper, tant que le ballonnement persiste, tant que le cours des matières est interrompu, la gravité du pronostic reste la même.

Traitement. D'après ce que je viens de dire sur la gravité extrême de cette affection, il est évident que le traitement a très peu d'action sur elle. C'est une de celles où la médecine est presque complétement impuissante. Bornons-num donc à indiquer ce qui a le mieux réussi comme palliatif. Lorsque les douleur sont très vives, on emploie les émissions sanguines, et principalement les sangues en grand nombre, ce qui, dans la plupart des cas, a produit du soulagement, mais un soulagement peu considérable et passager.

Les purgatifs doux, et en particulier le calomel, sont les moyens dont l'utilit est le plus incontestable. Dans les cas observés par M. Rokitansky, ils ont suffi pour mettre promptement un terme aux premières attaques, et ont procuré quelque soulagement au début de la dernière. Il en a été de même dans ceux que nous ont fait connaître Dance, MM. Louis, Rayer, etc. On ne saurait donc se dispenser de mettre en usage ces moyens si simples. L'eau de Sedlitz, l'huile de ricin à la dos de 40 à 50 grammes, le calomel à celle de 0,50 à 0,60 grammes, etc., remplires promptement l'indication.

Toutesois, relativement à l'emploi des purgatifs, il saut saire une résexion qui me paraît importante et qui m'est suggérée par presque tous les saits dont j'ai pris connaissance. Tant que l'étranglement n'est pas complet, c'est-à-dire tant que l'oblitération de l'intestin n'est pas parvenue à ses dernières limites, l'emploi du purgatif es suivi, après quelques coliques, d'évacuations alvines abondantes, et d'un soulagement

entême qui en est la conséquence nécessaire; mais lorsque l'oblitération est complète, les symptômes sont, au contraire, aggravés. Il survient des coliques violentes et une anxiété très grande que rien ne peut faire cesser. Ces phénomènes ont faciles à comprendre. En effet, tant qu'il reste encore un passage, quelque troit qu'il soit, les contractions fortes de l'intestin peuvent vaincre l'obstacle et le lébarrasser de matières que l'action des purgatifs a rendues liquides; mais lorsque 'obstacle est infranchissable, les purgatifs n'ont d'autre effet que d'augmenter 'amas des matières et d'exciter les contractions de l'intestin, contractions impuisantes dont tout l'effet est de produire les douleurs violentes et les anguisses dont sous venons de parler.

Dans une affection où l'anxiété et les douleurs sont si vives, il est évident que es narcotiques doivent être employés, et qu'il faut les donner à haute dose. Cette imple indication suffira au praticien. On met également en usage les antispasmo-liques; on applique sur l'abdomen des préparations calmantes; en un mot, on herche par tous les moyens à rendre moins intenses les principaux symptômes; ar, il faut le redire, le traitement, lorsqu'il existe un étranglement réel, ne peut être que palliatif.

M. le docteur Homolle (1) a rapporté néanmoins trois cas de succès obtenu à l'aide de la strychnine administrée de la manière suivante :

2 Strychnine pure 0,02 gram. Magnésie calcinée 4 gram. Sucre blanc 1 gram.

Mélez exactement, divisez en 20 prises. A prendre d'heure en heure.

Mais y avait-t-il étranglement ou simple engouement?

Entérotomie. M. le docteur Maisonneuve (2) a pratiqué, il y a quelques années, 'entérotomie pour un cas d'oblitération de l'intestin grêle, et, enhardi par ce suczès, il a proposé d'appliquer cette opération aux diverses espèces d'étranglement ou l'obstruction signalées plus haut. C'est à l'expérience ultérieure à nous éclairer sur a valeur réelle de cette opération, qui n'avait été pratiquée qu'un très petit nombre le sois et avec des succès très divers avant M. Maisonneuve. Mais, en attendant, so peut dire qu'il est des cas si évidemment désespérés, qu'on ne saurait se resuser idonner aux malades cette chance de guérison. Quant aux diverses méthodes qu'on seut suivre dans l'opération, M. Maisonneuve les a parsaitement exposées dans son némoire (3).

ARTICLE XI.

INVAGINATION DE L'INTESTIN.

Cette maladie, qui était autresois comprise, comme je l'ai dit plus haut, dans description de l'ileus, n'a été convenablement étudiés que depuis que les prorès de l'anatomie pathologique ont permis de bien connaître les dispositions de intestin qui la produisent. Dans ces derniers temps on a cité un assez bon ombre de cas de cette maladie, et Dance en a sait le sujet d'un mémoire intéressant sublié en 1826.

^{&#}x27;li Gaz. des hop.; Compte rendu de la Soc. méd. du Temple, 1849.

¹²⁾ Arch. gén. de méd., décembre 1844, Séances de l'Ac. de méd.

¹³⁾ Mém. sur l'entérotomie de l'Intestin gréle dans les cas d'oblit. de cet organe (Arch. gén. le méd., avril 1946).

Définition; synonymie; fréquence. L'invagination est, comme son nom l'act que, la pénétration d'une plus ou moins grande partie de l'intestin dans l'intent d'une autre partie du même organe. C'est cette maladie qui a reçu particule; ment le nom de volvulus; on la désigne sous celui d'intussusception, de poù iliaca, etc. Quoiqu'on ait un assez grand nombre d'exemples de cet accident n'est point très fréquent; ou du moins, si certaines invaginations qui ne donn pas lieu à des symptômes appréciables se montrent assez fréquemment, il n'en pas de même de celles qui produisent les phénomènes qui seront décrits plus la l'outefois, si au lieu d'étudier la fréquence de cette maladie d'une manière ablue, on se contente de la comparer à celle des autres causes d'obstruction intenale, on arrive à ce résultat que l'invagination s'observe bien plus souvent.

M. le docteur Benj. Phillips (1) a, en esset, trouvé sur cent soixante-neul a d'obstruction intestinale par causes diverses, soixante-trois sois l'invagination. Le autres causes d'obstruction sont toutes notablement moins fréquentes.

Causes. Il est assez difficile d'indiquer les causes réelles de l'invagination intetinale. Relativement aux causes prédisposantes, nous n'ayons de renseignement que sur l'âge et le sexe, et encore sont-ils très insuffisants. On a trouvé l'invage tion à tous les âges, et l'on a avancé qu'elle était surtout fréquente chez les enfers

M. le docteur Markwick (2) a vu une invagination considérable du gros interchez un enfant de quatre mois. Le principal symptôme, dans ce cas, sur phémorrhagie intestinale considérable. A la fin, les matières rendues avaient podeur gangréneuse. La portion invaginée était complétement gangrenée.

M. le docteur Taylor (3) a observé une invagination considérable de l'intesting chez un enfant de vingt mois. J'ai moi-même (4) donné la description d'une p tion d'intestin éliminée par l'anus, avec deux diverticules qui rendaient très rema quable ce cas observé chez un enfant de treize mois par M. le docteur Marage.

Sexe. M. Thomson (5) a, sur trente-quatre cas, trouvé vingt malades du sexe equin et quatorze du sexe féminin. La principale cause occasionnelle serait, d'approprie de l'inflammation intestinale; mais il est souvent bien difficile de dire si conflammation a précédé ou suivi l'invagination. D'ailleurs on a observé des cas la maladie s'est produite subitement. De violents efforts, les cris, les chutes et dans quelques cas, été immédiatement suivis des premiers symptômes de l'invanation; c'est ce qui est arrivé également, au rapport de M. Burford (6), april l'administration d'un purgatif drastique. Enfin M. Cloquet a vu une parte l'intestin entraînée dans la portion inférieure par un polype, et c'est ce qui a constaté aussi par d'autres observateurs.

MM. Ogier, Ward et Prescott-Herwett (7) ont cité chacun un cas semblable Symptômes. On a divisé les invaginations intestinales en plusieurs espèces: magnand il s'est agi de la description des symptômes, on n'a point tenu completé

⁽¹⁾ Lond. med. chir. Trans., 1848.

⁽²⁾ The Lancet, Juillet 1846.

⁽³⁾ The Lancet, décembre 1843.

⁽⁴⁾ Note sur un cas d'expuls. par l'anus d'une portion de l'intestin, accomp. de deus à vertic, qui lui étaient unis (L'nion médicale, 2 février 1850).

⁽b) Abst. of cases, etc. (The Edinb. med. and surg. Journ., 1835).

⁽⁶⁾ The Lancel, 1840.

⁽⁷⁾ Lond. med. Gas., novembre 1846.

ces divisions, qui n'ont par conséquent d'intérêt que sous le rapport de l'anatomie pathologique. Je me contenterai de les indiquer à l'article des lésions anatomiques. Pappelons seulement ici cette opinion de Dance, que l'invagination de l'intestin rêle est beaucoup moins grave que celle du gros intestin, et que fréquemment elle se donne lieu à aucun symptôme. Cette opinion a été combattue par M. Crucilhier (1), comme beaucoup trop absolue, et cependant il résulte des observations que nous possédons, que, dans la grande majorité des cas où les symptômes nt été très violents et ont causé la mort, il y avait une invagination du gros atestin.

les symptômes de l'invagination intestinale ont une grande ressemblance avec eux de l'étranglement interne. Cependant il y a, dans la première, quelque chose le particulier qui mérite toute notre attention, et qui a motivé la distinction que ous avons faite entre ces deux états morbides. Il est rare que les sujets n'aient pas prouvé déjà, à une époque plus ou moins éloignée, des accidents du côté du tube ligestif: ce sont des douleurs ayant un siége varié; des alternatives de diarrhée et le constipation, et un trouble plus ou moins notable des digestions. Sous ce raport, on le voit, la ressemblance avec l'étranglement interne est complète. Il est les cas, il est vrai, où les accidents de l'invagination surviennent tout à coup; mais ous avons vu que l'étranglement interne, résultant du passage de l'intestin dans me ouverture trop étroite, donnait également lieu à des symptômes subits. Ainsi, lans les premiers phénomènes, rien qui soit propre à l'invagination.

Lorsque l'invagination intestinale a acquis un assez haut degré, on observe des nausées, des vomissements bilieux, qui ouvrent la scène; puis des coliques souvent très violentes, une sensibilité à la pression, occupant une plus ou moins grande tendue du ventre, mais plus forte dans un point où, par la palpation, on découvre me tumeur oblongue, souvent d'un volume très considérable, et donnant un son nat à la percussion. Parfois les selles ne sont pas interrompues; elles sont liquides, runâtres, souvent fétides et teintes d'une plus ou moins grande quantité de sang luelquesois, au contraire, il y a une constipation opiniâtre; mais ce symptôme l'observe moins constamment que dans l'étranglement. Dans la majorité des cas, il la des alternatives de constipation et de diarrhée.

Dans les premiers temps de la maladie, la face est médiocrement altérée; il n'y pas de sièvre, et, sauf la douleur, le trouble des digestions et la constipation, on l'observe rien de remarquable. Mais, à une époque avancée, la sièvre s'allume, les salades éprouvent souvent une soif intense; ils ont des éructations, des régurgitations, des vomissements sréquents, et un hoquet souvent très satigant. La face s'alière, l'amaigrissement sait des progrès notables, et il y a une anxiété plus ou poins grande.

Dans les derniers temps, le ventre devient volumineux, extrêmement sensible, e qui tient parsois au développement d'une péritonite autour de l'invagination. Les ymptômes du côté de l'estomac persistent ou augmentent; les selles sont brunâtres it restent liquides; parsois elles sont très fréquentes et donnent lieu à des épreintes, somme dans un cas observé par M. Buet (2); d'autres sois elles sont complétement apprimées. Ensin la face devient grippée, le pouls est petit, très fréquent, presque

⁽¹⁾ Anat. patholog. du corps humain.

²¹ Arch. gen. de med., 1re série, t. XIV, 2º obs.

insensible; il peut y avoir un refroidissement glacial, comme dans une observata recueillie par Dance (1), et le malade succombe.

Quelquesois cependant des symptômes tout aussi violents que ceux que je vice de décrire se terminent par la guérison. Si alors on examine les selles, on observent constance remarquable qui a été surtout étudiée par M. Gaultier de Chabry (2), c'est l'expulsion par les selles d'une partie souvent considérable de l'estestin. Je ne citerai pas ici les cas de ce genre, ils sont généralement connus, r'emme contenterai de dire qu'on a vu jusqu'à trois pieds d'intestin être rejetés au C'est l'intestin grêle qui subit les pertes de substance les plus considérables; crin'y a guère d'exemples de l'expulsion d'une partie du gros intestin dépassant u pied : cela s'explique sans doute par la plus grande gravité de l'affection dans derniers cas, et par la mort trop prompte pour permettre l'élimination.

L'expulsion de ces parties d'intestin est précédée ordinairement de selles manueuses, sanieuses, sanglantes. Dans quelques cas pourtant, les matières rendre sont simplement fécales. Après l'expulsion, il y a, suivant la remarque de M. Gartier de Claubry, une hémorrhagie intestinale presque constante, mais qui la beaucoup dans son abondance.

Après cette élimination, plusieurs malades marchent rapidement vers la prison, et n'éprouvent plus que quelques douleurs abdominales et de la diarrichez d'autres, ces accidents sont portés à un plus haut point, sans que touteis terminaison de la maladie soit plus funeste : il y a des troubles prolongés de la gestion; parfois, ainsi que l'a remarqué M. Gaultier de Claubry, les malades peuvent redresser le tronc sans éprouver des tiraillements douloureux dans de domen; mais, après un temps assez long, tout rendre dans l'ordre, et il ne replus rien de la maladie.

Dans d'autres cas, enfin, les symptômes persistent et s'aggravent, les selle retent sanglantes, la diarrhée est considérable, les douleurs sont de plus en revives, et les malades succombent épuisés. A propos de la terminaison, j'indiqua quelles sont parfois les conséquences fâcheuses de l'invagination, même aprèse mination de la partie invaginée.

Marche; durée; terminaison. La marche de la maladie est, comme nous l'actualité différente suivant les cas: ainsi, tantôt il y a, avant que la dernière atterdent malait lieu, des alternatives plus ou moins fréquentes, et de plus ou moins l'actualité, de calme et de souffrance; tantôt, au contraire, l'atteinte more survient tout d'abord et marche d'une manière continue vers la terminaire funeste; tantôt enfin l'invagination, se manifestant tout à coup, fait des progrème pides. Aussi la durée est-elle très variable. En quelques jours, en effet, les malaires peuvent succomber, tandis que, dans certains cas, la maladie se prolonge pender plusieurs mois; on l'a même vue avoir une durée de deux ans et plus. Les actualités qui suivent l'élimination de l'intestin invaginé rendent aussi cette durée pravaiable.

Quant à la terminaison, nous avons vu qu'elle était assez fréquemment faire rable; mais, il faut le dige avec Dance, c'est surtout dans les cas d'invagination de

¹⁾ Arch. gén. de méd., 1^{re} série, t. XXVIII.

⁽²⁾ Sur la termin. de quelques cas de rolrulus (Journ. hebd., 1833).

ntestin grêle. Le fait est surtout démontré par les cas d'élimination dont j'ai déjà dé. Sur trente-deux, dans lesquels M. Thomson a pu constater quelle était la rtion du canal intestinal éliminée, il a trouvé que vingt-deux fois elle apparte-it exclusivement à l'intestin grêle. Or, si nous rapprochons de ce fait cette conération que, dans l'invagination intestinale, l'élimination est, sans contredit, la nice la plus favorable, sinon la seule favorable, nous devons en conclure que ivagination de l'intestin grêle est la moins fâcheuse.

M. le docteur Dayton (1) a cité un cas dans lequel il y eut élimination me portion d'intestin appartenant à l'intestin grêle, et ayant la longueur de nze pouces. Ce cas a été observé chez un homme malade depuis longtemps et jet à de vives coliques. Après l'expulsion de l'intestin séparé, le malade est tré promptement en convalescence. Il ne lui est resté que de la douleur dans le té droit du ventre, douleur augmentée par la position assise. M. le docteur Luizi ttadini, d'Arezzo (2), a vu, chez un homme d'une cinquantaine d'années envin, l'expulsion par l'anus d'une portion d'intestin grêle dont la longueur a été aluée à une brassée environ, être suivie de guérison complète.

Ce qui peut rendre la terminaison suneste, ce sont les conséquences de limination. Si, au moment de la séparation de la partie intestinale évacuée, les hérences ne sont pas sussisantes, il y a ouverture de l'intestin dans le péritoine, de là péritonite mortelle. D'un autre côté, la cicatrisation peut se saire d'une anière vicieuse, d'où résulte un rétrécissement qui plus tard occasionnera la 1071. Il sussit de signaler la possibilité de ces accidents.

Lésions anatomiques. Je ne m'étendrai pas longuement sur les lésions anatomiues, quelque intéressantes qu'elles soient, parce qu'elles n'ont qu'une importance
econdaire pour le praticien. Presque toujours l'invagination de l'intestin se sait de
aut en bas, c'est-à-dire qu'une portion de cet organe pénètre dans une autre poron plus rapprochée de l'ouverture insérieure. Cependant on a cité des cas où le
intraire avait lieu, et de là la division en intussusception descendante et intussusption ascendante ou rétrograde. M. Cruveilhier a voulu attribuer exclusivement
tte dernière espèce à l'invagination des agonisants; mais on a cité des saits qui
ouvent qu'elle peut se produire pendant la vie et donner lieu aux mêmes symmes que la précédente. Parsois c'est une portion d'intestin grêle qui a pénétré
ins la portion suivante et qui a été arrêtée par la valvule du cœcum; parsois ausai
tte valvule est franchie, et le cœcum lui-même s'invagine dans le colon, qui à
m tour peut être poussé dans le rectum. D'autres sois encore, c'est seulement une
ortion du cœcum ou du colon qui est invaginée dans la partie insérieure du gros
itestin.

Lorsque l'invagination est simple, une coupe perpendiculaire des parois intesnales, pratiquée dans le lieu qu'elle occupe, fait reconnaître ce qui suit : On
couve d'abord la séreuse de l'intestin invaginant, puis deux surfaces muqueuses
n contact, puis deux surfaces séreuses, et enfin la membrane muqueuse de l'inestin invaginé, qui forme au centre une cavité par laquelle les matières ont pu
neure s'écouler au dehors.

Telle est l'invagination la plus simple; mais assez souvent l'intestin invaginateur

¹⁾ The New-York Journ., 1845.

²⁾ Raccoglitore medico, février 1846.

s'invagine à son tour dans une partie plus inférieure, et par suite, superposition de nouvelles parois. Il en résulte des dispositions compliquées qu'il serait inutile d'indiquer ici. Disons sculement ce qui se passe dans les membranes ainsi placées dans des positions vicieuses. On y trouve toujours les traces d'une inflammation souvez très violente. Elles sont épaisses, d'un rouge vif ou brunâtre; parfois elles son noires, très faciles à déchirer, infiltrées d'un liquide sanieux, évidemment gangmées. L'intestin invaginant a subi quelquefois un ramollissement, tel que à partie invaginée rompt ses parois par son gonflement, et fait saillie à l'extériez comme un moignon. C'est ce qu'on observait dans le deuxième cas cité pe M. Buet, et ce que j'al vu il y a quelques mois à l'hôpital Sainte-Marguerite, ch'un jeune homme qui eut une invagination dont les progrès purentêtre suivis perdant la vie.

Des traces de péritonite se montrent souvent autour de la partie affectée, et de la difficulté qu'on éprouve, dans plusieurs cas, à constater l'état des parties.

Les membranes muqueuses, anormalement adossées, se recouvrent d'une conche plus ou moins épaisse de matière gélatineuse, et de couleur variable suivas qu'elle est mélée ou non à des liquides sanieux. Quant aux membranes séreuse qui sont dans le même cas, elles s'unissent par des fausses membranes que l'on trouvées à un degré assez avancé d'organisation, lorsque la maladie avait eu un durée un peu considérable. Chez les sujets qui ont succombé après l'éliminate d'une partie de l'intestin, on trouve tantôt une rupture avec péritonite conceutive, et tantôt une cicatrisation qui, ainsi que je l'ai dit plus haut, peut dont lieu à un rétrécissement.

Chez le jeune ensant observé par M. Marage et dont j'ai parlé plus haut, il s'avait sur la partie d'intestin invaginée et éliminée, deux diverticulum de 6 cent-imètres de long environ, qui très probablement avaient déterminé l'invagination. Telles sont les lésions anatomiques qu'il importe de connaître.

Diagnostic. La seule affection avec laquelle il importe de comparer ici l'invariation intestinale, est l'étranglement interne produit par d'autres causes. La produit pourrait, il est vrai, donner lieu à quelques méprises, mais j'indiquera d'aignostic après avoir sait la description de cette dernière assection.

Nous avons vu que les symptômes de l'invagination intestinale étaient presque tous communs à cette maladie et à l'étranglement interne précédemment décir. C'est dans l'état de l'abdomen, constaté par la palpation et la percussion, et dans les caractères des évacuations alvines, qu'il faut chercher les éléments du du gnostic. L'invagination de l'intestin, lorsqu'elle est assez considérable pour donne lieu aux symptômes indiqués plus haut, produit une tumeur d'une étend ue ordinairement considérable, de forme cylindrique, allongée, qui suit presque toujour le trajet d'une partie du gros intestin. Aussi est-ce presque constamment dans « flanc gauche qu'il faut aller chercher le siége de la maladie. C'est là déjà un sign différentiel important, puisque dans l'étranglement interne il n'existe pas de tomeur, ou, s'il en existe, elle se trouve dans une partie quelconque de l'abdomen, et n'a ni la forme ni la direction de celle de l'invagination. La percussion donne us son mat dans toute l'étendue de la tumeur, et, au contraire, un son tympanique dans les autres parties, lorsqu'il y a rétention des gaz. Quant à l'état des selles, il n'est utile pour le diagnostic que dans quelques cas. Les évacuations alvines sont-

elles composées de matières brunes, sanieuses fétides, c'est un signe qui se rapporte plus particulièrement à l'invagination intestinale; la matière des selles estelle, au contraire, consistante, rubanée, comme passée à la filière, c'est un signe paractéristique du rétrécissement. L'absence complète de selles s'observe plus particulièrement dans l'étranglement.

Pronostic. Nous avons vu plus haut que le pronostic était beaucoup plus favoable dans l'invagination de l'intestin grêle que dans celle du gros intestin. Nous avons également que l'élimination est une circonstance heureuse. C'est là ce qu'il mporte principalement de savoir relativement au pronostic.

Traitement. Anciennement on proposait, pour la cure du volvulus, l'adminisration de matières d'un poids considérable qui, en traversant l'intestin, devalent ure cesser ces plissements anormaux. Ainsi, on faisait avaler des balles de plomb u d'or, ou bien on faisait prendre une certaine quantité de mercure métallique; pais cette pratique est aujourd'hui abandonnée. L'anatomie pathologique ayant émontré que c'est presque toujours le bout supérieur qui s'invagine, il n'était dus possible de persister dans une méthode qui ne peut avoir d'efficacité. On a galement proposé, à une époque assez éloignée de nous, d'insuffler l'intestin par 'anus; mais on ne cite pas de cas où ce procédé mécanique ait réussi. Enfin, pour erminer ce que nous avons à dire sur le traitement qu'on peut appeler curatif, ijoutons que la gastrotomie a été proposée dans le but de replacer les intestins dans leur position normale. Mais malgré les cas heureux cités par Barbette, Bonet, le docteur Fuchs (1), on ne peut conseiller une semblable opération. Ce n'est, en esset, qu'à une époque où l'inflammation s'est emparée des parois intestinales, que le danger devient imminent; et que peut alors la gastrotomie? En supposant nême qu'on fût appelé à temps, les manœuvres auxquelles on devrait nécessaiement se livrer dans l'intérieur du ventre ne sont-elles pas effrayantes? La astrotomie, pour les cas de ce genre, est aujourd'hui généralement abanlonnée.

Toutesois n'oublions pas que M. Maisonneuve a proposé l'entérotomie dans mautre but. On peut voir, à ce sujet, ce que j'ai dit dans l'article précédent wy. p. 45).

La conduite du médecin consiste à modérer autant que possible les principaux suptômes, et à favoriser l'élimination de l'intestin. Contre l'inflammation, on irigera principalement la saignée générale, les sangsues en grand nombre appliquées sur la tumeur; les boissons émollientes, les cataplasmes sur l'abdomen, et dème les bains. Les narcotiques sont généralement employés pour calmer l'agiation et les douleurs du ventre. De légers laxatifs sont également mis en usage; sais il ne faut pas, comme le veulent quelques uns, avoir recours aux purgatifs volents, qui donneraient lieu à des contractions intestinales dangereuses et à un nouvement péristaltique de l'intestin agissant dans le sens de l'invagination. Des avements émollients ou laudanisés; un repos absolu, un régime très sévère, com-léteront ce traitement, dont le but est, comme on le voit, d'éloigner toutes les auses qui peuvent empêcher la maladie d'arriver au moment où l'élimination de l'intestin doit avoir lieu.

¹¹⁾ Hufeland's Journ., t. LX.

ARTICLE XII.

CANCER DE L'INTESTIN.

Le cancer de l'intestin est moins fréquent que celui de l'estomac, et même, s l'on excepte le rectum et la partie inférieure du colon, on peut dire que le can intestinal est fort rarement atteint de cette maladie. Je ne crois pas qu'il soit sub de m'étendre longuement sur cette affection incurable. J'insisterai seulement a peu sur le cancer du rectum, qui offre le plus d'intérêt.

Nous ne connaissons pas mieux les causes du cancer de l'intestin que celles de cancer des autres organes. Il n'y aurait par conséquent aucune utilité à répéter : qui a été avancé sur ce point.

Quant aux symptômes, ils varient en partie, suivant le point de l'intestin occup par le cancer. Si celui-ci se trouve dans une portion très voisine de l'estome comme dans le duodénum, les symptômes ne dissèrent pas sensiblement de cent cancer gastrique. Le cancer de la partie moyenne de l'intestin grêle est plus rare de tous; il donne lieu aux coliques, aux troubles de la digestion. Le alternatives de diarrhée et de constipation, à la présence d'une tumeur dont siège n'est point ordinairement sur le trajet du gros intestin. Le cancer de la siège n'est point ordinairement du cœcum, plus fréquent que le précédent, se tingue par le siège de la tumeur à laquelle il donne lieu, et par l'obstacle au cor des matières. Quant aux symptômes du cancer occupant la fin du gros intesin.; vais les indiquer rapidement.

Cancer de l'S iliaque du colon, et du rectum. Le principal symptôme auque donne lieu ce cancer est d'abord une constipation plus ou moins opiniatre, sunt à une époque plus avancée de la maladie, d'une diarrhée qu'il est très difficile à vaincre. On a pensé que cette diarrhée était due principalement à l'ulcération à cancer, mais le fait n'est pas exact, et l'on trouve des cas, comme M. Vide Cassis (1) en a cité un exemple, où le cancer non ulcéré a pour principal prome l'incontinence des motières fécales. La douleur n'est point un phénome constant, elle manque très souvent au début, et ne peut se montrer à aucuse que de la maladie.

La palpation et la percussion sont reconnaître l'existence d'une tumeur des losse iliaque gauche, lorsque la maladie siège vers l'S iliaque du colon, dont de occupe principalement la courbure, ainsi que l'a remarqué M. Chanut (2). (le cancer occupe une partie plus prosonde, c'est à l'aide du toucher rectal ou briedu speculum ani qu'il saut chercher à reconnaître cette tumeur. Parsois cepestre elle est tellement située, qu'elle échappe à l'investigation.

Tels sont, pendant un temps plus ou moins long, les signes du cancer occupil la partie insérieure du gros intestin. Toutesois il saut y joindre un certain degre dépérissement, d'assaiblissement, et la pâleur des téguments, très remarquir dans quelques cas.

A une époque plus avancée, les accidents deviennent beaucoup plus grate c'est alors que surviennent la diarrhée et l'écoulement par l'anus d'une matire sanieuse, sanguinolente, purulente, présentant l'odeur caractéristique du capet

⁽¹⁾ Du cancer du rectum et des opérations qu'il peut réclamer ; Paris, 1842, in-8.

^{12.} Du cancer du colon; Thèse, Paris, 1842.

En même temps, des douleurs plus ou moins vives peuvent se faire sentir, le dépéissement augmente, la faiblesse devient extrême, et l'on observe les divers symntômes généraux mentionnés à l'occasion des autres cancers, et principalement du
ancer de l'estomac. Parfois la tumeur cancéreuse est assez volumineuse pour ocasionner des symptômes de compression sur les organes voisins. J'ai vu, il y a peu
le temps, à l'hôpital de la Pitié, un homme qui présentait à la région hypogastrique, un peu à gauche, une tumeur dure et bosselée, et qui se plaignait principaement d'une difficulté notable dans l'émission des urines et de douleurs dans la
essie. On aurait pu croire à l'existence d'une tumeur de ce dernier organe; mais
e toucher rectal faisait reconnaître une tuméfaction considérable avec végétations,
roduisant un liquide sanieux et fétide, et la diarrhée continuelle que le malade
iprouvait depuis longtemps achevait d'établir le diagnostic. La tumeur, en effet,
wait pris naissance dans les parois du rectum et comprimait seulement la vessie par
son développement. On comprendra facilement quels doivent être les effets analogues des cancers situés dans d'autres points de l'intestin.

M. Requin a cité un cas dans lequel un cancer du colon avait déterminé par son ulcération la communication de cet intestin et de l'estomac. Il en était résulté des vomissements de matières fécales qui du colon passaient dans l'estomac. Des communications semblables peuvent s'établir entre l'intestin et les autres organes creux contenus dans l'abdomen.

La marche de cette affection est chronique. Sa durée peut se prolonger pendant plusieurs années, et sa terminaison est toujours fatale, à moins qu'elle n'occupe une partic du rectum accessible aux opérations chirurgicales. Mais c'est un point qui est du domaine de la chirurgie, et qu'il suffit d'indiquer ici. De grandes hémorrhagies, dues à l'ulcération, et la perforation de l'intestin, hâtent parfois cette terminaison fatale.

Je ne dois pas non plus m'étendre sur les lésions anatomiques. Les diverses sormes du cancer, les ulcérations, les végétations, en un mot tout ce que j'ai décrit à l'occasion du cancer de l'estomac, se retrouvent dans le cancer de l'intestin. Par-sois on trouve dans la partie occupée par la dégénérescence cancéreuse, des corps êtrangers, comme des noyaux de fruits, etc.

Le diagnostic du cancer de l'intestin ne présente pas ordinairement de grandes difficultés. L'existence d'une tumeur accompagnée de symptômes de dépérissement, de cachexie cancéreuse, met facilement le médecin sur la voie. Disons seulement ici un mot d'une particularité signalée par M. Cruveilhier: chez un sujet affecté d'un cancer du commencement du cœcum, une grande quantité de noyaux de cerises étaient accumulés dans la partic de l'intestin affecté. Il existait une tumeur dans la fosse iliaque droite, et si l'on pressait sur cette tumeur pour apprécier sa résistance, la collision des noyaux de cerises donnait lieu à une espèce de crépitation qui aurait pu faire croire à l'existence d'un emphysème. Dans un cas semblable, les bosselures que présente ordinairement la tumeur, et la matité à la percussion, préviendront l'erreur.

Je n'ai rien de particulier à dire du traitement, si ce n'est que, dans le cancer du rectum, on peut, en pratiquant la dilatation, comme dans le rétrécissement simple, prolonger les jours du malade, et que la chirurgie est parvenue aujour-d'hui à pratiquer des opérations qui intéressent une partie assez élevée de l'intestin,

opérations que l'on croyait impossibles autresois; mais, à ce sujet, je dois renvoir aux traités de chirurgie (1). Quant aux moyens palliatifs, ils ne disserent pas sensiblement de ceux que j'ai indiqués à l'occasion du cancer de l'estomac. Je des seulement prévenir le lecteur contre un accident qui est quelquesois arrivé. De lavements laudanisés, à une dose ordinaire, ayant été administrés à des sujets qua vaient une ulcération cancéreuse du rectum, il en est résulté un véritable empasonnement. On a attribué cette action insolite à la promptitude de l'absorption par la surface ulcérée.

ARTICLE XIII.

ENTÉRALGIE.

Rien n'est plus mal défini que l'entéralgie. En lisant les auteurs, on ne sait ce effet, quels sont les cas qu'il faut particulièrement lui rapporter. Il est un grad nombre d'affections qui occasionnent des douleurs intestinales, et très souvent n'a vu en elles que la douleur, ce qui a engagé à en faire des névroses. Auss sous le nom de coliques nerveuses, remplacé généralement aujourd'hui par celu d'entéralgie, a-t-on rangé des douleurs des parois intestinales, des douleurs résitant de la distension intestinale qui a lieu dans la tympanite, etc. Il est donc imposible de donner une grande précision à l'histoire de la maladie; et comme s' symptômes ne diffèrent sensiblement de ceux de la gastralgie que par le siège on comprendra que je ne m'étende pas longuement sur un sujet aussi proconnu.

Les causes sont généralement les mêmes que celles de la gastralgie, à laquelle l'affection qui nous occupe est ordinairement unie.

Les symptômes sont les suivants: On observe d'abord une douleur très variable par son intensité, occupant principalement le pourtour de l'ombilic, quelqueles assez violente pour arracher des cris aux malades et pour leur faire prendre des positions bizarres; assez souvent calmée et non modifiée dans sa nature par la prosion; quelquefois, au contraire, augmentée. Ce symptôme n'est pas ordinairement exaspéré par l'ingestion des aliments, comme la douleur de la gastralgie. C'est dans le cours de la digestion, et lorsque les matières commencent à pénétrer dans l'intestin, que l'exacerbation a lieu et devient parfois excessive. Tantôt les douleurs sont concentrées dans le point qui vient d'être indiqué, et tantôt elles s'irradiest dans les diverses parties de l'abdomen.

Les sujets affectés d'entéralgie ont ordinairement des flatuosités incommodes, et souvent les gaz, n'étant pas chassés au dehors, s'accumulent dans l'intestin; il ! l'a alors tympanite intestinale. Des borborygmes, la tension du ventre, la sonorité extrême de cette partie à la percussion, en sont la conséquence. La constipation est ordinairement opiniatre, mais il survient souvent, surtout immédiatement après les repas, une diarrhée passagère.

C'est, ainsi que nous venons de le voir, par des crises que se manifeste surtost l'entéralgie. Pendant ces crises ou accès, on observe une anxiété sort grande, le froid des extrémités, une sueur froide, une décomposition des traits, parser

¹ Voy. Traile de path. externe, par Vidal (de Cassis); Paris, 1846, 5 vol. in-8.

ensin la lypothymie et la syncope. Le pouls présente alors un certain degré d'accélération, de concentration et de saiblesse; mais hors de ces circonstances, il est alme, naturel, quelquesois un peu ralenti. On a remarqué que ces crises avaient principalement lieu à la suite des émotions vives, après des travaux prolongés, et ainsi que je l'ai dit plus haut, pendant le travail de la digestion.

La marche de la maladie, sa durée et sa terminaison, ne dissèrent pas de celles le la gastralgie.

Le diagnostic peut présenter quelquesois des difficultés, et il n'est pas douteux que d'assez nombreuses erreurs n'aient été commises. Ce n'est évidemment pas vec l'entérite qu'on pourra confondre l'entéralgie; aussi ne m'y arrêterai je pas: nais il est une affection qui ressemble beaucoup à celle dont il s'agit ici, et qu'on probablement prise souvent pour elle: c'est la névralgie lombo-abdominale. Dans ette névralgie, les douleurs sont parsois excessives; elles reviennent par accès; un les points qu'elles occupent se trouve à l'hypogastre et aux environs de l'ombilic, ioilà de nombreuses causes d'erreurs. On distinguera les deux affections aux ignes suivants: dans l'entéralgie, la pression n'est ordinairement pas douloureuse; lans la névralgie lombo-abdominale, au contraire, outre le point hypogastrique et mbilical, on trouvera les points lombaire et latéral qui la caractérisent. Ce seul signe suffit pour le diagnostic.

Le rhunatisme des parois abdominales pourrait aussi en imposer; mais la persistance des douleurs, la difficulté des mouvements intéressant les muscles affectés, l'absence des flatuosités lèveront bientôt tous les doutes.

Quant à la colique hépatique et à la colique néphrétique, le siège en est différent, et ces affections ne pourraient donner lieu à une méprise qu'à une observation très peu attentive.

Tous les auteurs sont d'accord pour dire que le traitement de l'entéralgie ne dissère pas sensiblement de celui de la gastralgie. Disons seulement que les lavements opiacés, quelques laxatifs pour vaincre la constipation, l'application des révulsifs aux environs de l'ombilic, en forment la base.

On trouve dans le journal la Verdad, de Madrid (1842), deux cas d'entéralgie guéris par le chloroforme administré comme il suit :

Dose: une cuillerée de quart d'heure en quart d'heure.

ARTICLE XIV.

COLIQUE NERVEUSE (colique végétale, etc.).

On a décrit sous des noms très divers des cas de maladie qui paraissent identiques, car en quelque lieu qu'on les ait observés, quelque cause qu'on leur ait attribuée, ils présentent les mêmes symptômes, et l'on peut dire qu'il est peu d'affections dans le cadre nosologique qui aient une symptomatologie aussi constante. C'est d'elle que je vais traiter sous le nom de colique nerveuse, négligeant les autres dénominations qui lui ont été données, tantôt suivant le lieu où on l'a observée, lantôt suivant sa cause primitive, tantôt enfin suivant l'opinion que se sont faite les auteurs sur sa nature.

Parmi les auteurs qui s'en sont principalement occupés, je signalerai particular rement Citoys (1), Huxham (2), Dehaen, Bonté (3), Barbier; MM. Mérat d'. Marquand (5), Pascal (6), Tanquerel des Planches (7), Vasse (8) et Ségond y. En 1848, j'ai publié sur cette maladie un mémoire d'après deux cas que j'ai de servés à Paris (10). C'est avec ces matériaux que je vais tracer l'histoire de a colique nerveuse.

§ I. — Définition; synonymie; fréquence.

L'affection dont je vais donner l'histoire est caractérisée par des coliques tro violentes, avec une profonde anxiété, des vomituritions et une constipute opiniâtre. Ce résumé symptomatique doit, dans l'état actuel de la science, resplacer une définition plus précise qui serait entièrement impossible.

Elle a été désignée sous les noms de colique d'Espagne, de Madrid, du Poite, de Devonshire, de Cayenne, de Surinam, et aussi sous ceux de Barbiers, de bribéri, de colique végétale, de colique nerveuse, de névralgie du grand symptothique, de gastro-entéralgie rhumatismale des marins (Langevin), de colique névroso-gastrique (Baudry), de coliques sèches (Mauduyt), etc., etc. Après and parcouru les principales observations publiées par les auteurs précédemment cités j'ai été conduit à confondre toutes ces affections sous le nom de colignerveuse.

La fréquence de cette maladie est très différente suivant les climats et suivant no localités. C'est principalement dans certains climats chauds, au Sénégal, à l'è Bourbon, etc., qu'on l'observe. Elle est au contraire très rare dans les pays tempérés, sauf toutefois des exceptions remarquables pour quelques localités, telles que le Poitou en France, le Devonshire en Angleterre, et certains endroits de la Normandie.

§ II. — Causes.

pays, on a naturellement recherché des causes particulières à ces pays. Citoys is tribuait aux vins blancs du Poitou, bien qu'il eût déjà remarqué que cette mais régnait presque exclusivement pendant les temps froids et humides. Bonté, si pratiquait dans la basse Normandie, lui donne pour cause le mauvais cidre, k cidre fait avec des pommes acerbes. En Espagne, les uns ont accusé les vins, k autres les fruits acerbes, l'abus des glaces et des boissons glacées. En Angletere. Huxham a vu, comme Bonté, la cause de la maladie dans l'abus du cidre, dan lequel, néanmoins, Th. Alwen a trouvé du plomb, et M. Vasse, tout en reconnaissant que dans la grande majorité des cas où le cidre a occasionné des accident.

- (1) COLIQUE DU POITOU. De nor. et pop. apud Pictones dol. col. bilioso diatriba, 1639.
- (2) COLIQLE DU DEVONSHIRE. De col. damn. etc. (Op. med., t. 111).
- 13) Rech. sur la col. du Poitou (Ancien journ. de méd., XV, XVI et XX).
- (4) Diss. sur la col. mcl.; Thèse, Paris, an xI.
- (5) Journ. complém.
- (6) Journ. des progrès, 1827.
- (7) Traité des malad. de plomb.
- (8) Voy. TANQUEREL, Trailé des malad. de plomb.
- (9) Essai sur la névralg. du grand sympath.: Patis, 1837.
- (16) Colique régét. obs. à Paris (Union médic., 6 et 9 mai 1848).

eux-ci devaient être attribués à une certaine quantité de litharge introduite dans liquide pour en atténuer l'acidité, peuse néanmoins que l'abus seul d'un cidre n chargé d'une substance toxique, mais plus ou moins acerbe, peut produire tte maladie.

Les auteurs, qui ont pu embrasser d'un seul coup d'œil les saits rapportés dans divers pays que je viens de mentionner, ont été srappés de l'unisormité de tte cause admise par les médecins qui ont observé sur les lieux, et ont donné la maladie le nom de colique végétale.

Mais déjà, comme nous l'avons vu, on avait remarqué que la maladie se déclarait rticulièrement aux époques où les variations de température sont les plus fréentes, et ce fait, qui n'avait pas échappé à Sydenham, a reçu une confirmation mplète des recherches faites dans certains pays, où ces variations de température nt surtout remarquables.

M. Ségond (1) a démontré par les saits, que ce n'est réellément pas à l'usage des issons et des fruits acerbes qu'est due la maladie, et il place parmi les causes incipales l'action brusque d'un vent frais sur la peau et les grandes variations de mpérature. C'est là ce qui explique la grande fréquence de la colique nerveuse 1 Sénégal, où observait l'auteur et dans d'autres pays chauds.

M. le docteur Mauduyt (2) a vu, en esset, la colique du Sénégal, de l'île Bouron, de l'Inde française, se produire avec tous les caractères donnés par M. Sénond, et indépendamment de toute intoxication saturnine ou autre. La description qu'il donne de cette maladie, qu'il désigne sous le nom de coliques sèches dans les vays chauds, ne laisse aucun doute à ce sujet.

Il n'est pas jusqu'à la counaissance des professions des malades qui ne vienne, adirectement, prouver que c'est là la cause capitale de cette affection; car, ainsi que nous allons le voir, ce sont les professions dans lesquelles le passage du chaud u froid est le plus fréquent et le plus marqué qui exposent le plus à la colique nerveuse.

Quant à moi, j'ai constaté, dans les deux cas que j'ai eu occasion d'observer (3), ne les malades buvaient depuis plus de six mois du cidre fabriqué à Paris, et, par onséquent de qualité inférieure. Assurément c'est là une circonstance digne le remarque, d'autant plus que l'analyse chimique qui a été faite de cette boisson, ar M. Mialhe, n'y a fait découvrir aucune trace de substance toxique. Mais il en st une autre, qui ôte à la première toute son importance, c'est qu'un enfant de seuf ans qui avait constamment bu de ce même cidre n'avait rien éprouvé. D'un sutre côté, à l'époque où les observations furent recueillies, les variations de tem-érature étaient presque continuelles, et un des malades, en particulier, y avait été exposé d'une manière tout à fait inaccoutumée.

Suivant M. Ségond, et cette manière de voir est très admissible, les variations ilmosphériques ne constitueraient pas la cause unique de la colique nerveuse, elle m serait seulement la cause principale, la cause sans laquelle la maladie ne pourrait guère se déclarer, seulement d'autres circonstances favoriseraient singulièrement son action, et ces circonstances doivent, par conséquent, être mises au rang des causes secondaires. Ce sont elles que je vais rapidement exposer.

¹¹⁾ Loc. cit.

⁽²⁾ Des coliques sèches dans les pays chauds ; Thèse, Paris, 1818.
(3) Loc. cit., p. 217.

Ages. Les enfants et les vieillards ne présentent presque jamais la colique un veuse, ce qui, comme le fait remarquer M. Ségond (1), doit être attribué à l'à sence des causes déterminantes auxquelles sont exposés les adultes.

Sere. Les hommes sont presque exclusivement affectés de cette maladir.

M. Ségond fait remarquer que lorsque les semmes en sont atteintes, les symptes qu'elles présentent sont moins violents. C'est ce qui eut lieu dans les cas que j'an servés. L'absence des causes déterminantes doit être encore invoquée pour exiquer cette différence, les semmes, sous ce rapport, pouvant être rangées avair ensants et les vieillards.

Professions. Si l'on étudie les faits, on voit que parmi les professions qui exsent le plus à la colique nerveuse, celles où l'impression des changements brusque de température est le plus fréquente, et le plus fortement sentie, tiennent le preme rang. Ainsi, avant toutes les autres, nous trouvons les professions de marin et preme pêcheur, si bien que quelques auteurs ont donné à l'affection le nom de calique des marins. Viennent ensuite celles de boulanger, de forgeron, de chausseur mécanicien des bateaux à vapeur, etc., etc.

Ce que j'ai dit plus haut, relativement aux lieux où règne la colique nervee, me paraît suffisant pour faire apprécier l'insluence des climats. Remarquous » lement ici que c'est dans les régions intertropicales qu'elle sévit particulièreme

On a vu la maladie attaquer surtout les individus affaiblis par une cause en conque, et principalement les valétudinaires, les convalescents, les nous ques. A cette cause il faut rapporter les cas survenus après de grands abus du

Ensin, on a vu la maladie se produire après un violent accès de colère.

Nature de la maladie. Des recherches les plus attentives et les plus exacte. résulte que cette maladie n'est ni une intoxication, ni le résultat d'une lésion 22. tomique appréciable; sa nature nerveuse doit donc être admise. Maintenant 🗲 vons-nous la regarder comme une névralgie du grand sympathique, ainsi qu'i pense M. Ségond? Devons-nous n'y voir qu'une forme de gastro-entéralgir ' devons-nous chercher dans l'état de soussrance des nerfs provenant de la moelle : la moelle elle-même, du nerf pneumo-gastrique, etc., la cause des symptomes violents qui la caractérisent? Ces questions ne peuvent pas être résolues dans [10] actuel de la science. Pour moi, tout ce que je peux dire, c'est que je pense qui s'agit d'une forme particulière de la gastro-entéralgie. Mais ce que je tiens surles à constater, c'est que, dans tous les documents que nous possédons, on ne doit fai saire de maladies distinctes de ces diverses affections décrites séparément son la noms de colique nerveuse, proprement dite, de colique de Madrid, de colique gétale, etc. Tout cela ne constitue qu'une seule et unique maladie, observée de des lieux dissérents, mais dans des circonstances identiques, et c'est cet état morbié toujours le même dans les dissérents pays, que je désigne sous le nom de colif nerveuse, à cause de sa nature et de ses principaux symptômes.

§ III. — Symptômes.

Les auteurs sont d'accord sur les symptômes, parce qu'ils les ont vus se montré les mêmes dans les différents pays, sauf les légères différences que les climats de les habitudes doivent nécessairement y apporter.

^{·11} Loc. cit., p. 6.

Début. Dans quelques cas, le début est brusque, ou du moins très rapide, de le sorte qu'en peu de moments les symptômes arrivent à leur plus haut degré ntensité. C'est seulement dans les épidémies que l'on observe le début subit ou s brusque.

Le plus souvent les malades commencent à éprouver, pendant un temps plus ou ins long, du malaise dans la région abdominale. L'appêtit diminue; la langue ient blanchâtre; il y a un abattement général, une sensation de froid surtout extrémités, et un peu d'oppression.

In même temps il se produit des changements dans la défécation. Ordinairent les selles deviennent tout d'abord rares, et la constipation va tous les jours augmentant. Quelquesois cependant la maladie commence par un peu de diare, mais cette diarrhée est peu abondante, et sait place, au bout de deux ou s jours au plus, à la constipation progressive dont je viens de parler.

Ensin on remarque, sur le visage, une expression de langueur et de tristesse, et teinte ictérique légère.

Ne dirait-on pas, en lisant l'exposé de ces prodromes qu'il s'agit de la colique plomb? cette ressemblance, nous allons la trouver aussi grande dans les symmes de la maladie confirmée.

Symptômes. Après trois, quatre ou cinq jours de cet état qui dure parsois plus igtemps, et, dans quelques cas, sans malaise préalable, la maladie se caractérise ibord par les coliques.

Ces coliques consistent dans des douleurs revenant à des intervalles variables uvent très courts, et occupant une grande étendue de l'abdomen. Leur intensité t très variable dans les divers moments; elles sont tantôt assez supportables, tantôt plentes, et tantôt enfin tellement atroces, que les malades se jettent à droite et à uche dans leur lit, courbent fortement le tronc en avant en comprimant le ventre et leurs mains, se couchent sur le ventre, etc. Quoiqu'elles se fassent sentir dans plus grande partie de l'abdomen, elles ont pour siège principal le trajet du colon usverse et les hypochondres. Quelquefois néanmoins elles occupent particulièment l'ombilic et l'hypogastre.

Dans quelques cas la douleur est générale; dans tous, il y a un certain degré tension et d'engourdissement, même dans les points de l'abdomen qui ne sont s le siège de douleurs vives.

Bien que cette douleur revienne par exacerbations, il est bien rare que dans les ervalles plus ou moins courts, le soulagement soit assez grand pour ôter au male toute son anxiété. Il reste ordinairement une douleur continue, sourde, très nible, occupant tout l'abdomen.

La plupart des auteurs ont avancé que la pression la plus forte n'augmente pas douleur abdominale. C'est aussi ce qu'on avait dit de la colique de plomb; mais examen attentif sait voir que cette proposition est trop absolue. Il est des cas, estet, où une pression exercée avec le bout des doigts est insupportable, surtout ndant les exacerbations de la douleur. C'est ce que j'ai pu constater dans ceux i ont été soumis à mon observation. Il n'en est pas moins très remarquable que smalades, dans le but de se soulager, compriment avec sorce leur ventre comme les la colique saturnine.

La consormation du ventre est variable. Quelquesois il est tendu, dur, saillant,

et donne un son tympanique à la percussion. Dans d'autres cas il est rétracté, et parfois la paroi antérieure paraît collée à la colonne vertébrale. Entre ces deux extrêmes il y a de nombreuses nuances. Encore un point de ressemblance entre cette maladie et la colique de plomb.

La constipation est absolue. La langue est pâle ou couverte d'un enduit blanchâtre; elle a de la tendance à se sécher, et souvent même devient aride au bout de quelques jours. L'appétit est perdu. On note assez souvent l'existence du hoquet, et bien plus souvent encore des éructations nombreuses, auxquelles succèdent les nausées, puis les vomissements.

Les premiers vomissements sont composés d'aliments, de boissons et de matières muqueuses; mais bientôt ils sont remplacés par des vomissements d'une bile variant du jaune au vert foncé. M. Ségond a constaté que ces vomissements sont d'une acidité remarquable.

L'émission de l'urine devient rare, très peu abondante, souvent difficile et pénible; il y a un véritable ténesme vésical, et des malades se plaignent d'un sentiment de pesanteur au périnée.

Du côté de la poitrine, nous trouvons une oppression souvent fort grande, de l'anxiété précordiale, une gêne marquée dans les mouvements du thorax; le pouls est ordinairement faible et inégal.

Les douleurs, lorsque la maladic acquiert un haut degré d'intensité, ne restent pas bornées à l'abdomen; elles se propagent au rachis, aux épaules, aux extrémités supérieures et inférieures, et sont souvent très vives.

On observe, en outre, des crampes dans les diverses parties du corps, mais principalement aux extrémités.

La face est toujours contractée, avec une expression de vive anxiété. Dans les exacerbations, les yeux expriment à la fois la douleur et l'effroi.

Un autre phénomène remarquable, c'est la teinte ictérique que présente la face, et qui se montre surtout aux sclérotiques. Si cette teinte n'existe pas, il y a une pâleur mate ou plombée. Dans un assez bon nombre de cas, on voit survenir un ictère véritable.

Il est des cas où la maladie prend une intensité plus grande encore. Alors les coliques sont presque incessantes, la dyspnée est extrême, les douleurs dans le rachis et les membres deviennent intolérables, l'agitation est continuelle, l'anxiété prosonde. Le pouls est faible et souvent d'une lenteur extrême; il devient irrégulier. La respiration est excessivement pénible et saible. C'est alors qu'on voit survenir l'amaurose, la surdité presque complète, l'aphonie, un tremblement continuel, des convulsions, du délire, et rarement le coma. Enfin quelques on voit la maladie se terminer par des attaques d'épilepsie mortelles.

La paralysie est un phénomène qui succède à la colique nerveuse aussi bien qu'à la colique de plomb. Elle attaque principalement les poignets et les pieds.

Des sueurs et diverses éruptions cutanées peuvent se montrer au déclin de la maladie. M. Ségond s'est assuré, par l'étude des faits, que ces éruptions ne sont pas critiques, comme quelques médecins l'avaient pensé.

Ensin, quelquesois on voit la maladie, prenant une marche chronique, plonger les malades dans une langueur dont rien ne peut les tirer. Ils ont alors une constipation opiniatre et de l'ictère; ils maigrissent, tombent dans une grande mélan-

ie, et peuvent finir par succomber au bout d'un temps plus ou moins long.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La marche de la maladie, si on la considère d'une manière générale, est conue. Elle offre néanmoins des exacerbations notables, et quelquesois la dimínu-1 des symptômes entre ces exacerbations est assez notable et assez prolongée 11 faire croire à une convalescence, bientôt démentie par l'apparition d'une 12 cerbation nouvelle.

On ne peut rien dire de très précis sur la durée de cette maladie. Nous savons dement qu'à l'état aigu, et lorsqu'elle n'a qu'une médiocre intensité, un traitent approprié en triomphe en huit ou quinze jours, et que néanmoins, dans les ex où la maladie est endémique, on la voit souvent résister beaucoup plus longnes. Nous avons vu aussi que parfois elle passe à l'état chronique, et alors sa rée est indéfinie.

Abandonnée à elle-même, cette affection ne tend pas naturellement à la guéon. Sous l'influence du traitement, elle se termine presque toujours d'une maère favorable. Cependant on a à craindre les diverses paralysies qui lui succènt, le passage à l'état chronique, et quelquefois la mort. Cette dernière terminaison t bien rare, puisque M. Ségond, qui a traité un grand nombre de malades, n'a l'à faire que deux autopsies, et encore chez des sujets qui présentaient des comlications.

La terminaison par la guérison s'annonce par le retour des selles et des urines, me diminution très grande des douleurs, quoique le ventre reste endolori pendant velques jours, enfin la disparition rapide de tous les autres symptômes.

§ V. - Lésions anatomiques.

Je crois inutile de mentionner ici le résultat de l'ouverture des corps, attendu ue les lésions qu'on a trouvées sont dues, soit à des complications, soit à des acdents survenus dans les derniers temps de l'existence, et n'ont aucun rapport irect avec les symptômes caractéristiques de l'affection.

§ VI. - Diagnostic; pronostic.

Diagnostic. Je n'ai que quelques mots à dire sur le diagnostic. Il n'est, en effet, p'une seule maladie avec laquelle on puisse confondre cette affection: c'est la olique de plomb. Or quelque attention qu'on apporte à l'étude de ces deux spèces de colique, on ne peut parvenir à trouver entre elles une différence réellement importante, tandis que sous une multitude de rapports la ressemblance est variaite. C'est ce qui m'a fait dire (1) ce qui suit, dans le travail cité plus haut: La ressemblance entre ces deux affections est si frappante, qu'on se demande si la colique produite par le plomb ne peut pas aussi se produire spontanément. Si cette manière de voir était regardée comme juste, à combien de discussions ne mettraitelle pas fin! Ce qui porterait à penser qu'il existe une névrose, une névralgie particulière si l'on veut, qui tantôt se produit sous l'influence du plomb, et tantôt sous l'influence d'autres causes non suffisamment connues, c'est que M. Vasse (2) à vu cette maladie se manifester avec des caractères absolument identiques, chez

il) Loc. cit., p. 221.

²⁾ Lor. cit.

des sujets qui buvaient du cidre chargé de litharge, et chez d'autres qui buvaient du cidre pur.

» Ne voyons-nous pas l'hydrophobie non rabique qui se reproduit spontamement ou plutôt sous l'influence des causes morales, offrir tous les caractères de l'hycr-phobie rabique? Et serait-ce trop forcer l'analogie que de dire: Les cas cités phaut sont à la colique de plomb, ce que l'hydrophobie spontanée est à la communiquée. »

J'ai cru devoir reproduire ces réflexions, parce que cette manière d'envisage. question est nouvelle, et qu'elle pourra engager les médecins bien placés per observer la colique nerveuse à l'étudier sous ce point de vue.

Ce qu'il y a de certain, c'est que le diagnostic, entre ces deux affections. E peut s'appuyer que sur la connaissance de la cause. Y a-t-il eu intoxication sain nine, ou n'y a-t-il eu rien de semblable? voilà la seule question qu'il faut se pos-

Quant aux divers empoisonnements, il n'en est aucun qu'avec un peu d'attertion on ne distingue facilement de la colique nerveuse.

S VII. - Traitement.

Je n'ai pas non plus à entrer dans de grands détails sur le traitement. Il resemble tellement à celui de la colique saturnine, qu'on pourrait presque renvere le lecteur à ce dernier.

Saignée. La saignée a été rarement pratiquée. On doit la réserver pour les complications. Huxham la croit funeste; Bonté recommande la saignée du pied dans le cas de convulsions épileptiformes. Quelques sangsues à l'épigastre, ou dans le autre partie de l'abdomen, siège principal des douleurs, ont parfois modère douleurs, mais presque toujours pour peu de temps. Lorsqu'il y a des symptone cèrébraux violents, on applique les sangsues soit derrière les oreilles, soit à l'asses soit aux malléoles.

Vomitifs. Les vomitifs ont été fréquemment employés dans cette maladie. C'a surtout au début de la maladie qu'on y a recours. Le tartre stibié, l'ipécacusse à dose vomitive, sont les substances le plus généralement employées.

M. le docteur Langevin (1) a employé avec succès le tartre stibié à haute ? - contre cette maladie, à laquelle il donne le nom de gastro-entéralgie rhumatism. des marins. Il prescrit la potion suivante :

Une cuillerée de quart d'heure en quart d'heure, avec la précaution de ne rien prenur dans l'intervalle.

Purgatifs. C'est surtout aux purgatifs qu'on a recours. L'huile de ricin, ka sels purgatifs, le calomel, l'aloès, le jalap, la rhubarbe, etc., ont été prescrits: mais il peut arriver que ces purgatifs ne soient pas assez puissants. C'est ce que j'ai vu dans un des deux cas que j'ai observés. Je sus obligé de donner jusqu'a six gouttes d'huile de croton en pilules dans les vingt-quatre heures, et la guérissa ne sut obtenue qu'après l'emploi réitéré de ce moyen.

Narcotiques. Comme dans les coliques de plomb, on a recours aux narcotiques.

⁽¹⁾ Bull. gén. de thèr., 30 septembre 1848.

principalement à l'opium. Ce médicament doit être donné à dose assez élevée, l'on veut produire un esset marqué. Dans le cas que je viens de citer, j'ai, dès le cond jour, donné l'opium à la dose de 15 centigrammes. Huxham donnait le mphre uni au laudanum pour favoriser les sueurs.

Antispasmodiques. Parmi les antispasmodiques, nous remarquons principaleent le camphre et le castoréum donnés par Huxham et Bonté. Les autres submces du même genre seront facilement appliquées.

La térébenthine est particulièrement recommandée par Huxham.

M. Ségond a employé avec succès le vésicatoire sur la région précordiale, dans s cas où là circulation avait besoin d'être relevée.

Quant aux boissons, elles doivent être tempérantes et diurétiques : chiendent tré; eau d'orge miellée; solution de sirops acidules, etc.

Les bains ont été utiles dans les cas de spasmes violents.

Le traitement de la paralysie consécutive mérite toute l'attention du médecin. est le même que celui de la paralysie causée par l'intoxication saturnine, au traiment de laquelle je crois devoir renvoyer le lecteur.

Quant aux moyens prophylactiques, ils sont très simples: éviter toutes les causes affaiblissement, se soustraire aux variations de température par de bons vêteents, ne pas faire abus des boissons acides et autres, tels sont les conseils qu'on oit donner à ceux qui habitent les pays où sévit cette maladie.

Je ne peux m'empêcher de saire remarquer, en terminant, combien le traitenent de la Charité, si efficace contre la colique de plomb, serait applicable à la coique nerveuse. Il réunit, en esset, les moyens qui répondent le mieux à toutes les ndications posées par les auteurs qui ont le mieux étudié cette dernière maladie.

ARTICLE XV.

FLATUOSITÉS INTESTINALES.

On a désigné sous le nom de choléra sec, coliques venteuses, passio, affectio latulenta, un phénomène qui se produit dans des circonstances très variées, et pi consiste dans un développement très considérable de gaz dans la cavité intesinale. Il n'entre pas dans mon plan de parler de tous les cas où ce développement st surabondant; ils appartiennent à des maladies diverses dans lesquelles ils trouvent aturellement leur place. Je dirai seulement ici que parsois on ne trouve pas de ause évidente de cette espèce d'accident, qui a alors un caractère purement ner-leux; mais que, le plus ordinairement, il dépend de la gastralgie, de l'entéralgie, les digestions laborieuses, de l'ingestion de substances indigestes, d'un état d'hystrie, de chlorose : circonstances qui toutes doivent sixer particulièrement l'atention du médecin.

Tantôt les gaz sont rejetés au dehors, tantôt, au contraire, soit que l'intestin, trop sortement distendu, n'ait qu'une contraction trop saible, soit pour toute autre cause, ils restent rensermés dans l'intérieur de cet organe, et alors il en résulte le météorisme des maladies graves dont il ne doit pas être question ici, ou bien la tympanite, dont je parlerai plus loin.

Le traitement des flatuosités qui trouvent une libre issue au dehors est, en général, difficile, à moins que l'affection ne soit due à une cause facile à détruire,

opérations que l'on croyait impossibles autresois; mais, à ce sujet, je dois renvoyer aux traités de chirurgie (1). Quant aux moyens palliatifs, ils ne dissèrent pas sensiblement de ceux que j'ai indiqués à l'occasion du cancer de l'estomac. Je dois seulement prévenir le lecteur contre un accident qui est quelquesois arrivé. Des lavements laudanisés, à une dose ordinaire, ayant été administrés à des sujets qui avaient une ulcération cancéreuse du rectum, il en est résulté un véritable empoisonnement. On a attribué cette action insolite à la promptitude de l'absorption par la surface ulcérée.

ARTICLE XIII.

ENTERALGIE.

Rien n'est plus mal défini que l'entéralgie. En lisant les auteurs, on ne sait, en effet, quels sont les cas qu'il faut particulièrement lui rapporter. Il est un grand nombre d'affections qui occasionnent des douleurs intestinales, et très souvent on n'a vu en elles que la douleur, ce qui a engagé à en faire des névroses. Aussi, sous le non de coliques nerveuses, remplacé généralement aujourd'hui par celui d'entéralgie, a-t-on rangé des douleurs des parois intestinales, des douleurs résultant de la distension intestinale qui a lieu dans la tympanite, etc. Il est donc impossible de donner une grande précision à l'histoire de la maladie; et comme ses symptômes ne diffèrent sensiblement de ceux de la gastralgie que par le siège, on comprendra que je ne m'étende pas longuement sur un sujet aussi peu connu.

Les causes sont généralement les mêmes que celles de la gastralgie, à laquelle l'affection qui nous occupe est ordinairement unie.

Les symptômes sont les suivants : On observe d'abord une douleur très variable par son intensité, occupant principalement le pourtour de l'ombilic, quelquesois assez violente pour arracher des cris aux malades et pour leur faire prendre des positions bizarres; assez souvent calmée et non modifiée dans sa nature par la pression; quelquesois, au contraire, augmentée. Ce symptôme n'est pas ordinairement exaspéré par l'ingestion des aliments, comme la douleur de la gastralgie. C'est dans le cours de la digestion, et lorsque les matières commencent à pénétrer dans l'intestin, que l'exacerbation a lieu et devient parsois excessive. Tantôt les douleurs sont concentrées dans le point qui vient d'être indiqué, et tantôt elles s'irradient dans les diverses parties de l'abdomen.

Les sujets affectés d'entéralgie ont ordinairement des flatuosités incommodes, et souvent les gaz, n'étant pas chassés au dehors, s'accumulent dans l'intestin; il y a alors tympanite intestinale. Des borborygmes, la tension du ventre, la sonorité extrême de cette partie à la percussion, en sont la conséquence. La constipation est ordinairement opiniatre, mais il survient souvent, surtout immédiatement après les repas, une diarrhée passagère.

C'est, ainsi que nous venons de le voir, par des crises que se manifeste surtout l'entéralgie. Pendant ces crises on accès, on observe une anxiété fort grande, le froid des extrémités, une sueur froide, une décomposition des traits, parfois

^{11.} Yoy. Traité de path. externe, par Vidal (de Cassis); Paris, 1846, 5 vol. in-8.

TYMPANITE. 65

urvient un épaississement des parois intestinales, suite ordinaire de la dilatation es organes creux.

Le diagnostic de la tympanite intestinale ne présente pas ordinairement de raudes difficultés. La matité qui existe dans l'ascite, au niveau du liquide, ne emet point l'erreur. Je reviendrai, au reste, sur ce diagnostic, en parlant de hydropisie.

Les deux affections qui pourraient être le plus facilement confondues avec celle n nous occupe sont la tympanite péritonéale et la tympanite utérine. La preière, excessivement rare, se distingue par l'égalité parfaite du son dans toutes les
rties de l'abdomen, et par l'absence de matité au niveau de certains organes
mme le foie, la rate, la vessie quand elle est distendue. La seconde, qui, quoii'un peu moins rare, est bien loin de s'observer fréquemment, a ceci de remarable, que le son tympanique n'occupe pas toute l'étendue de l'abdomen, qu'il
edépasse guère en haut l'ombilic, et qu'il est limité par une ligne circulaire qui,
irtant de ce point et n'arrivant pas jusqu'aux dernières limites des régions ilianes, dessine la matrice distendue. Mais c'est assez nous arrêter sur des cas aussi
tceptionnels.

Le traitement de la tympanite due au développement des gaz qui suit l'ingestion es substances indiquées plus haut consiste dans les vomi-purgatifs, qui font comptement justice de la maladie. Quant à l'autre, il est plus difficile d'en triomher. Des fomentations aromatiques (avec une infusion de sauge, de romarin, etc.), les frictions avec l'alcool, le vin chaud; un bain aromatique, comme le recommandait P. Frank, ou bien l'application de la chaleur à l'aide de flanelles fortement chaussées, du sable presque brûlant, etc., réussissent parsois à faire disparaître es gaz intestinaux. Depuis très longtemps on a fait usage de la glace administrée ar la bouche, ou bien de lavements froids, asin de donner à l'intestin l'énergie écessaire pour se débarrasser des gaz. Les boissons aeidules ont également triomhé de cette affection. Il en est de même des affusions froides sur l'abdomen, qui éterminent des contractions énergiques.

Ensin on a employé des moyens mécaniques qui consistent dans la compression le l'abdomen et dans l'introduction d'une longue sonde de gomme élastique à quelle on adapte une seringue que l'on sait jouer de manière à extraire l'air de intestin. Ces moyens, auxquels on a attribué beaucoup trop d'importance, sont ien loin de réussir toujours. Si les premières tentatives restaient sans résultat, on e devrait pas insister, ou l'on ne devrait le saire qu'avec beaucoup de ménagements; car il pourrait survenir des accidents dont on comprendra sacilement la ravité.

Un moyen extrême et sur lequel on est loin d'être d'accord, est la ponction de intestin. Dusseau (1) a pratiqué cette opération avec succès, et Levrat a vu gué-ir promptement une malade après la pouction intestinale; mais, dans un nombre eaucoup plus considérable de cas, cette opération n'a paru que hâter la mort. lussi beaucoup d'auteurs la repoussent-ils. Dans tous les cas, si l'on devait avoir repours à la paracentèse abdominale, il ne faudrait le faire qu'au moment où la mort deviendrait imminente.

Ann. de la Soc. de méd. de Montpellier, an. xIII-xIV.

ARTICLE XVII.

CONSTIPATION.

Dans les articles qui traitent de cette maladie, on a généralement donné une re grande extension au mot constipation. On lui a rapporté, en effet, tous les états divers dans lesquels la sécrétion des matières fécales est rare ou suspendue. Nous devons pas ici imiter cet exemple, car ce serait nous jeter dans la pathologie grande. La suspension de la défécation dans les rétrécissements du canal intentale dans les étranglements, dans les kernies, etc., n'est, malgré sa gravité, que accident de la maladie principale, et n'offre aucun intérêt étant étudiée à part re décrivai donc ici que la constipation qui a reçu le nom de primitive ou idique, et, de cette manière, j'éviterai de nombreuses répétitions.

S Ier. — Définition; synonymie; fréquence.

La constipation consiste dans la rarêté et la difficulté de la défécation. Toutes il ne faut pas perdre de vue que cette rarêté et cette difficulté sont relatives, et par tout dépend, pour le jugement du médecin, de la connaissance des habitudes aujet. Un individu par exemple, qui, ayant l'habitude d'aller plusieurs sois en une quatre heures à la garde-robe, n'irait plus que toutes les vingt-quatre ou que rante-huit heures, même avec une difficulté peu considérable, devrait être regardé comme coustipé. Cette maladie a été encore décrite sous les noms d'aire clause, de retentio excrementorum. Elle est très fréquente.

S II. - Causes.

On a cherché dans la physiologie les causes premières de la constipation: all on a décrit diverses espèces dans lesquelles il y avait soit une modification de l'exhalation muqueux. El absorption trop rapide des matières, etc. (1). Mais ces considérations, très un ressantes sans doute, n'ont pas une importance réelle pour la pratique.

Les causes prédisposantes assignées à la constipation sont : le temprement nerveux, l'âge avancé, la vie sédentaire, la grossesse; mais, dans ce deux cas, il y a compression du gros intestin. Enfin, chez certains sujets, il est très du cile de trouver rien qui explique la constipation permanente qu'ils présentent le causes occasionnelles le plus généralement admises sont : l'usage des viandes noi des aliments échauffants, des liqueurs alcooliques, des narcotiques, des astre gents ou bien un régime trop sévère. Il est une autre cause sur laquelle on n'alle suffisamment insisté : c'est l'habitude de n'aller à la garde-robe que longient après que le premier besoin s'est fait sentir; peu à peu l'intestin s'habitue à réser à ce besoin, et enfin une constipation opiniâtre en est la conséquence.

S III. — Symptômes.

C'est ordinairement peu à peu et à l'insu des malades que la constipute débute. Il est rare qu'elle se maniseste à un âge peu avancé, et il est rare qu'une sois produite elle, ne persiste pas pendant un temps sort long et métre.

⁽¹⁾ COPLAND Diet. of p act. med., t. 1, 2º partic.

endant toute la vie. Dans les cas les plus ordinaires, la constipation ne donne pas eu à des symptômes bien graves. En général, les sujets qui ne vont à la garde-robe n'une sois tous les trois ou quatre jours, et qui ne rendent qu'une médiocre mantité de matières sécales très dures, sont maigres et d'un appétit médiocre; ont des digestions peu faciles, et un caractère irritable. Ils sont parsois sujets à ne céphalalgie plus ou moins opiniâtre; ils sentent des bouffées de chaleur au sage. Ils éprouvent des étourdissements et ont de la tendance au sommeil après repas; le travail intellectuel est difficile chez eux, et enfin les borborygmes, rsois un besoin non satisfait d'aller à la garde-robe, la tension de l'abdomen et pesanteur vers le périnée, complètent le tableau de ces symptômes, auxquels on souvent donné beaucoup plus d'importance qu'ils n'en méritent. Mais lorsque la ustipation dure plus longtemps, il en résulte un accident qui n'est pas sans danger: est l'accumulation des matières fécales ou engouement intestinal, qui demande ne description particulière.

Accumulation des matières fécales dans l'intestin. Cette accumulation a lieu ns dissérentes parties du trajet de l'intestin. Quelquesois on la rencontre dans le ecum, mais bien plus fréquemment dans le rectum et dans l'Siliaque. La quanté des matières accumulées est très considérable, et sorme à la surface de l'abdoen une tumeur allongée, irrégulière, bosselée, donnant un son très mat à la recussion. Quelquesois il n'y a qu'une médiocre quantité de matières roulées en oules, qu'on sent très distinctement se mouvoir sous les dolgts, et auxquelles on donné le nom de scybales. La distension de l'intestin qui en résulte ne se sait pas l'une manière égale, et de là, outre les bosselures que j'ai indiquées plus haut, des spèces de diverticulum, des déviations de l'intestin qui est entraîné par la pesancur des matières; circonstances étudiées récemment par M. Toulmouche (1), et t desquelles résulte une augmentation considérable de l'opiniâtreté de la constiation.

Les accidents que produit cette accumulation des matières fécales sont ceux que ous avons déjà plusieurs fois indiqués dans la description des maladies où le purs de ces matières est interrompu. Les nausées, le hoquet, les éructations, le omissement, le ballonnement du ventre, la faiblesse, quelquefois l'insensibilité du ouls, une agitation extrême, parfois du délire, le refroidissement des extrémités, sécheresse de la peau, l'altération profonde de la face, annoncent la grande graté de l'affection. On a remarqué que dans la plupart des cas l'haleine contractait de fétidité notable.

Tels sont les symptômes que l'on doit rapporter à la constipation idiopathique et l'accumulation des matières fécales qui en est la suite. Cette symptomatologie a lé, il est vrai, beaucoup agrandie par les auteurs; mais il est facile de s'assurer n'on y a fait entrer des phénomènes propres à d'autres affections dont la constiation n'était qu'un symptôme.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La constipation est une affection essentiellement chronique. Cependant il n'est d'individu qui n'éprouve plus ou moins fréquemment une constipation passa
sère, mais qu'on ne saurait considérer comme une véritable maladie.

^{&#}x27;1) Gas. méd., 23 mars et 1°' juin 1844.

La durée de l'affection est illimitée; quant à sa terminaison, on ne peut la redouter que dans les cas où il survient une accumulation très considérable de mitières fécales.

§ V. — Lésions anatomiques.

Il n'est aucune lésion anatomique qu'on puisse regarder comme cause de la constipation dont il s'agit; mais il en est quelques unes qui en sont la conséquence ce sont la dilatation de l'intestin, l'épaississement des parois, les diverticulum. L' déviations de cet organe indiquées plus haut; quelquesois même la distense a été telle, qu'on a observé sa rupture.

S VI. - Diagnostic.

Le diagnostic de la constipation ordinaire ne présente pas de difficultés rieuses. La persistance de la santé ne permet pas de croire à une affects organique prosonde. La sorme des matières rendues n'est pas celle que l'on obserdans le rétrécissement intestinal, et, d'un autre côté, l'absence de violents supptômes du côté de l'estomac empêche d'admettre l'existence d'un étrangleminterne, même lorsque la constipation se prolonge outre mesure. Mais lorsque existe un amas de matières fécales, le diagnostic demande un peu plus d'attentique, soit dans le rectum. Cet amas de matière a lieu, comme je l'ai dit, soit dans le cœcum, soit dans l'S aque, soit dans le rectum. Dans le premier cas, une tumeur dure, bosselée, peu point douloureuse, donnant lieu, par la percussion, à une matité qui se conting plus ou moins dans le trajet du gros intestin, et survenue en peu de temps, su des caractères qui sont distinguer l'engouement intestinal, du cancer avec lequel a pourrait le plus sacilement le consondre. Il saut ajouter, pour rendre ce diagnost complet, le désaut de dépérissement, qui, au contraire, est plus ou moins marquable dans le cancer.

L'absence de douleurs vives soit spontanément, soit à la pression, la moinimite des symptômes, les bosselures, la sorme irrégulière, la largeur de la meur, suffisent pour qu'on évite de consondre l'accumulation des matières sans dans l'S iliaque avec l'invagination intestinale, dont le siège principal est de la sous l'accumulation gauche.

Reste maintenant l'amas des matières fécales dans le rectum. Ici le toock rectal est un moyen de diagnostic infaillible. Si, dans quelques cas, on a pu cretà l'existence du cancer lorsqu'il n'y avait que des matières fécales accumulére c'est qu'on n'avait pas suffisamment présente à l'esprit la possibilité de cet accident. Immédiatement au-dessus du sphincter, on sent une tumeur durc, friable, sèche, bien différente de la tumeur sanieuse, humide, qui constitue presque me les cancers; et si l'ou gratte avec l'ongle, on amène de petites parcelles de matière fécales qui ne laissent plus aucun doute. Je n'insiste pas davantage sur ces discretaignostics, qui me paraissent suffisamment établis.

S VII. - Traitement.

Lorsque la constipation est légère et compatible avec un état supportable de santé, les sujets se contentent de prendre de temps en temps quelques lastifs et des lavements, ce qui sustit pour les débarrasser momentanément des légers symptômes qu'ils éprouvent. Quand la constipation est plus opiniatre, or

oit d'abord rechercher s'il existe dans les habitudes et dans le régime quelqu'une es causes signalées plus haut; car, dès qu'on l'aura trouvée, les moyens pour la pinbattre se présenteront d'eux-mêmes. Ainsi l'exercice, et surtout l'exercice à ied, l'usage des fruits de la saison, des végétaux verts, des boissons rafraichismetes et acidules, seront mis en usage avec succès. La fumée du tabac est, chez eaucoup de sujets, un excellent laxatif qui s'oppose efficacement à la constipation. en est de même pour d'autres de l'eau pure, du lait, de la bière.

Si les moyens précédents ne réussissent pas, on doit avoir recours aux purgatifs lus ou moins énergiques, suivant les cas. De là toutes ces inventions de pilules urgatives, de grains de santé, etc., qu'il est si facile de remplacer par les prépations qu'on trouve dans les divers formulaires. On donnera, par exemple, tous s jours la pilule suivante :

Pour une pilule.

Au reste, sous ce rapport, la susceptibilité intestinale de chaque individu doit tre étudiée, car les purgatifs ont une action très diverse suivant les personnes.

Le fiel de bœuf est conseillé par M. le docteur Allnatt (The Lancet), qui le donne la dose de 60 grammes en lavement, et à la dose de 50 centigrammes en pilules.

Quelques individus ne peuvent vaincre leur constipation qu'en prenant des lavements d'eau froide. Parsois il a sussi de l'application, sur l'abdomen, de compresses
froides ou de fragments de glace. D'autres sois, on a sait, avec succès, des fumigations simplement aqueuses, ou bien chargées de vinaigre, et dirigées vers
l'anus. Ensin, des lavements purgatifs, s'il n'y a point accumulation de matières
dans un point de l'intestin, sont mis en usage avec avantage, mais seulement
comme palliatifs.

M. Fleury (1), remarquant que les moyens précédemment indiqués, et même les purgatifs très énergiques, comme l'huile de croton tiglium, n'ont qu'un succès momentané, a tenté la guérison de la constipation par l'emploi des mèches introduites dans le rectum, et enduites soit seulement de cérat simple, soit de cérat auquel on a incorporé un cinquième ou un sixième d'extrait de belladone. Il a cité, à ce sujet, trois observations de constipation très opiniâtre, dans lesquelles l'emploi de ce moyen a eu un plein succès; et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est qu'au bout d'un temps qui n'a pas dépassé vingt jours, les mèches ont pu être supprimées sans que la constipation reparût.

J'ai observé moi-même un fait semblable, et j'ai vu qu'en pareil cas, il y a ordinairement un certain degré de constriction du sphincter.

On ne saurait donc trop recommander cette médication dans la constipation très opiniatre.

M. Schedel (2) rapporte un cas dans lequel l'hydrothérapie a triomphé d'une constipation qui avait résisté aux moyens les plus variés. On a cité d'autres faits semblables.

Reste maintenant le traitement de l'accumulation des matières fécales. Lorsque

⁽¹⁾ Arch. gen. de med., 1838.

²¹ Examen clinique de l'hydrothérapie, p. 340.

cette accumulation a lieu vers le cœcum, on doit agir à la fois par l'estomac et pur l'intestin. Du côté de l'estomac, on administre les purgatifs drastiques et surtous l'huile de croton tiglium, que l'on donne en pilules à la dose de une, deux et trois gouttes. En même temps on introduit dans le rectum et le colon des lanments savonneux, ou bien chargés de 6 à 10 grammes de sel marin; une fore décoction de séné, en un mot, des lavements purgatifs énergiques.

Dans le cas où l'accumulation se fait dans l'S iliaque et le rectum, ces lavement deviennent inutiles. Dans le rectum, en effet, la canule pénétrant dans les matières fécales, le lavement ne peut pas être administré, et si c'est une partie un peu préélevée qui est le siége du mal, le liquide est rejeté à mesure qu'il est injecté.

M. le docteur Teissier, de Lyon (1), a employé avec succès la noix vomique à a dose de 1 centigramme par jour dans la constipation par inertie. Il conseille aux les lavements astringents (avec le tan, le ratanhia, la bistorte, l'alun, le cachou, etc. dans les mêmes circonstances. C'est surtout chez les vieillards que s'observe cette espèce de constipation.

M. le docteur Allegrand (2) affirme qu'il a triomphé très souvent de constiptions opiniâtres à l'aide du nitrate d'argent donné en petits lavements comme il suit :

Avant de donner ce lavement, il faut en administrer un d'eau simple pour laver l'intestin.

Dans ces derniers temps, M. Piorry a prétendu que la pression exercée sur interjet de l'intestin était le meilleur moyen de faire cesser l'engouement stercord Mais si, dans quelques cas exceptionnels, ce moyen grossier a pu réussir, qui un voit qu'il n'est pas applicable à la plupart des cas? En premier lieu, on me détrur pas par là la cause de la constipation, et en second lieu, il est des déviations à l'intestin, signalées en particulier par M. Toulmouche, qui rendent assez sous cette pratique non seulement inutile, mais dangereuse.

L'accumulation des matières dans le rectum exige une opération particulier Il faut enlever mécaniquement les matières fécales.

Pour cela, on a proposé de se servir d'une curette ou du manche d'une cuiller Mais tout le monde s'accorde à dire que le doigt est beaucoup plus convenable (le introduit l'index enduit de cérat ou d'huile dans le rectum. On trouve bientôt la masse sterçorale, et l'on cherche, en grattant, à en enlever des fragments. Quelques auteurs conseillent de faire, quand on a réussi à en extraire une partie, des injections pour faire sortir le reste; mais il ne faut agir ainsi que quand le doigt ne peut plus atteindre le bol fécal. Ordinairement, en continuant l'extraction, on parvient à reduire la masse au point que les contractions de l'intestin se réveillent. Alors la defecation a lieu naturellement, les matières dures s'échappent les premières, pur viennent des matières plus molles, en quantité souvent très considérable. Il faut essuite administrer des lavements laxatifs, pour empêcher la reproduction de l'accomulation.

^{(1;} Journ. de méd. de Lyon, septembre 1845.

⁽²⁾ Abeille médicale, octobre 1847.

ARTICLE XVIII.

HÉMORRHOÏDES.

Dès la plus haute autiquité on a étudié cette affection qu'on trouve mentionnée ns plusieurs écrits d'Hippocrate (1). Les médecins des siècles suivants en ont t le sujet de nombreuses dissertations, et, jusqu'à la fin du siècle dernier, on a aucoup écrit sur cette matière. Dans ces dernières années, nous ne trouvons is une aussi grande quantité de travaux; cependant il faut citer la thèse de . Récamier (2), l'ouvrage de Montègre (3), dont j'aurai maintes fois occam de parler dans cet article, et plusieurs articles de dictionnaires, tels que lui de M. J. Burne (4), celui de MM. Ph. Bérard et Raige-Delorme (5), et celui : MM. Monneret et Fleury (6). Il existe, il est vrai, quelques recherches origiles entreprises il y a peu d'années, et principalement par MM. Jobert (7) et landin; mais ces recherches, extrêmement intéressantes d'ailleurs, portent prinpalement sur l'anatomie pathologique et les opérations auxquelles les hémornoïdes donnent lieu; j'y reviendrai plus loin.

§ I. - Définition; synonymie; fréquence.

On a beaucoup disserté sur la définition des hémorrhoïdes, mais aujourd'hui ou assez bien précisé les limites de cette affection, pour que ces discussions soient levenues très peu utiles, surtout pour le praticien. On ne saurait plus regarder comme une affection hémorrhoïdale tout écoulement de sang provenant du réctum; les dissections attentives auxquelles on s'est récemment livré, et surtout celles de M. Jobert, ont montré que le caractère essentiel des tumeurs hémorrhoïdales était d'être formées par des dilatations variqueuses des veines rectales. Aussi dirons-nous, avec la plupart des auteurs modernes, que les hémorrhoïdes consistent dans des tumeurs sanguines de nature variqueuse, avec ou sans écoulement de sang. Quelques objections se sont élevées contre cette définition; je les examinerai plus tard.

On a décrit aussi cette affection sous les noms d'hæmorrhagia intestinorum, hæmorrhoisis, fluxus hæmorrhoidalis; les Italiens lui ont donné le nom de morice, les Espagnols celui d'almorrana, etc. Quelques anteurs, voulant distinguer les divers états dans lesquels, suivant eux, les hémorrhoïdes peuvent se présenter à l'observation, ont proposé de donner le nom de flux hémorrhoïdal à l'hémorrhoïdes simple de l'extrémité du rectum, d'assigner celui de tumeurs hémorrhoïdales aux tumeurs non fluentes, et de réserver le nom d'hémorrhoïdes pour la réunion des tumeurs et du flux sanguin. Mais, comme je le ferai remarquer après la description des symptômes, cette distinction n'a pas d'importance réelle.

Cette affection est fréquente; nous allons voir dans quelles circonstances elle se produit le plus communément.

⁽¹⁾ Œurres complètes, trad. par Littre; Paris 1844, t. 1V, Aphorismes, sect. 3 et 6,

⁽²⁾ Essai sur les hémorrhofdes; Páris, an vill. (3) Des hémorrhofdes; Paris, 1817.

⁽⁴⁾ Cyclop. of pract. med., t. IV, p. 590, art. HEMORRHOIDS.

⁽b) Dict. de méd., t. XV.

¹⁶⁾ Compend. de méd. prat., t. IV.

⁽⁷⁾ Dissert. sur les hemorrh.; Thèse, Paris, 1828.

§ II. - Causes.

J'ai dit plus haut qu'on avait fait des recherches exactes sur l'anatomie pathelogique des hémorrhoïdes. Il n'en est pas de même, il s'en faut de beauceup. lativement aux autres parties de l'histoire de cette affection, et cette réflexion s'applique particulièrement à l'étiologie. Aussi, malgré tous les travaux publi-. sur ce sujet, est-on à chaque pas arrêté par le doute. C'est ce qui a déjà & signalé par M. Raige-Delorme, et ses remarques sur ce point sont trop justes preque je puisse me dispenser de les reproduire ici : « Les opinions que l'on se formées sur l'étiologie des hémorrhoïdes sont, dit-il, le plus souvent le résultat de déductions théoriques, ou du moins d'une généralisation dont nous ne connissons pas les éléments et par conséquent la justesse. Or on sait par expérience combien de ces opinions, formées d'après des idées préconçues, accréditées das la science par le nom d'auteurs célèbres, ont peu résisté à un examen sévère. L'a fection hémorrhoidale est si commune, qu'il ne serait pas étonnant qu'on y trocvât toutes les causes qu'on présume devoir la provoquer; mais en démontrer l'influence, c'est ce qui reste encore à faire. » En nous associant à ces réflexions. ajoutons que ce serait un beau travail à entreprendre que celui qui aurait pour bes d'éclairer ce point intéressant d'étiologie.

1° Causes prédisposantes.

C'est surtout quand il s'agit des causes prédisposantes des hémorrhoides qu'oc est frappé du peu de précision des recherches des auteurs. Nous allons voir, et effet, que non-seulement les opinions sont loin d'être toujours appuyées su l'observation, mais encore qu'elles sont parfois entièrement opposées les unes autres.

Age. Tous les auteurs s'accordent à dire que cette affection appartient particulièrement à l'âge mâr. Mais tandis que les uns nient qu'elle puisse se montrer che les enfants, les autres ont rassemblé des faits pour prouver qu'elle n'était point re rare chez ces derniers. Ainsi Trnka (1) a cité trente-neuf enfants affectés d'immorrhoïdes, et parmi ces trente-neuf enfants, il en était cinq qui avaient mes d'un an. Montègre nous dit qu'il a vu des cas semblables, mais il ne les rapport pas. Cet auteur ne peut pas admettre avec Dehaen (2) qu'on ait confondu la char du rectum, fréquente chez les enfants, avec de véritables hémorrhoïdes, parce que le flux de sang est un signe caractéristique qui ne permet pas l'erreur. Mais, en supposant qu'il n'y ait eu ancune erreur, les exemples précédents ne doivent pas nous empêcher de regarder cette affection comme relativement très rare chez les enfants, car nul doute qu'on n'ait recueilli avec empressement presque tous les faits de ce genre, tandis qu'on a laissé passer par milliers les cas d'hémorrhoïdes des adultes. La proportion est par conséquent des plus minimes.

Sexe. Voici encore une question qui n'est point complétement résolue, parce que les recherches n'ont pas été saites d'une manière convenable. La plupart des auteurs admettent avec Hippocrate que les hémorrhoïdes sont notablement plus sequentes chez les hommes que chez les semmes; mais il en est, et parmi ceux-ci

⁽¹⁾ Hist. hamorrhoidum, etc.; Vienne, 1794.

⁽²⁾ Thes. pathol., de hamorrh.; Vienne, 1759.

faut citer particulièrement Cullen et J. Frank (1), qui affirment positivement le mtraire. Montègre prend un moyen terme : selon lui, en esset, les hémorrhoïdes cidentelles et passagères peuvent être plus communes chez les semmes que chez hommes; mais on voit plus souvent, chez ces derniers, cette assection s'établir me manière constante et régulière. Il sussit de ces citations pour montrer quelle encore notre incertitude sur un point que l'examen attentif des saits aurait pu si ilement éclairer. Bornons-nous à dire que l'opinion la plus probable est en saveur la plus grande fréquence des hémorrhoïdes chez les hommes.

Constitution; tempérament. Suivant Montègre, « on pourrait tracer ainsi le rtrait de l'hémorrhoïdaire: Il est grand, plutôt maigre que gras; il a le teint ombé et jaunâtre, de grosses veines serpentent sur ses bras, ses mains, ses jambes ses pieds; il a les cheveux noirs, un feu sombre anime ses regards; il est brusque, sporté; ses passions sont violentes, ses résolutions tenaces; il est gros mangeur, is indifférent sur le choix des aliments, souvent tourmenté de Catuosités, et ajours constipé. » Je n'ai cité ce passage que pour montrer combien sont affirstiss les auteurs, malgré l'absence des preuves. Qui n'a vu des sujets affectés hémorrhoïdes et ne ressemblant nullement à ce portrait? D'un autre côté, l'exisace de cette affection depuis un temps assez long ne suffit-elle pas pour modifier Mablement la constitution? Pourquoi donc n'avoir pas recherché si cette constitum était primitive ou consécutive? Évidenment on ne saurait arriver à aucun sultat précis en procédant d'une manière aussi vicieuse. Les mêmes réflexions appliquent à l'influence du tempérament bilieux, principalement signalée par tahl. Il peut y avoir du vrai dans ces opinions, mais il nous manque la démonstraion, et il en est peut-être de cette constitution hémorrhoïdaire comme de la constiilion apoplectique, dont les recherches récentes ont démontré le peu de certitude. Nous n'avons pas, ainsi que le fait remarquer M. Raige-Delorme, de preuves plus sitives relativement à l'influence de la pléthore, et cependant cette cause prédissante est généralement admise. Quant à l'hypochondrie, est-elle la cause ou le sultat de l'affection hémorrhoïdale? Cette dernière supposition paraît la plus proible.

Hygiène. Le genre de vie est placé au premier rang parmi les causes prédispontes des hémorrhoïdes. Des aliments abondants, succulents, les viandes noires, les pices, les boissons alcooliques, favorisent principalement, suivant les auteurs, la oduction de cette maladie. Il en est de même de la vie sédentaire. Hoffmann tribuait aux progrès du luxe l'augmentation de fréquence des hémorrhoïdes qu'il ait cru remarquer en Saxe dans l'espace de quarante ans. Ce sont encore la des restions qui ne sont pas complétement résolues.

Saisons; climats. C'est dans les saisons chaudes et dans les climats chauds que selques auteurs trouvent la plus grande sréquence des hémorrhoïdes. Mais si l'ou moulte les observations, on voit que cette assection est commune à tous les climats à toutes les saisons, et que, s'il y a une dissérence réelle, nous ne la connaissons às suffisamment. C'est d'ailleurs une question qui se rattache à celle des habitudes sgiéniques et qu'on ne peut traiter séparément.

La suppression des divers flux est-elle une cause prédisposante? Les auteurs l'élèvent aucun doute à cet égard, et l'on a cité un assez grand nombre de faits en

⁽¹⁾ Prax. med., pars III, vol. II, sect. 1, p. 726.

faveur de cette opinion. C'est ainsi qu'on a vu les règles supprimées être remphcées par l'apparition d'hémorrhoïdes qui donnaient lieu à un flux de sang plus : moins régulier; c'était alors une hémorrhagie supplémentaire. D'autres fois, es sujets ont ressenti les premiers symptômes de l'affection dont il s'agit, après re vu disparaître pendant un temps assez long une épistaxis habituelle. On a men remarqué que les individus sujets à l'épistaxis pendant leur enfance et leur jeuns étaient, plus fréquemment que les autres, atteints d'hémorrhoïdes. Enfin on a ca des faits, et F. Hoffmann en particulier (1) en rapporte un assez remarquable. A après avoir négligé une saignée habituelle, les sujets ont senti les premières atteine de l'affection hémorrhoïdale. Ces faits, dont je ne veux nier ni la valeur ni l'impatance, n'ont cependant pas toute la précision désirable.

Hérédité. Pour ceux qui regardent comme démontrée l'influence de la contution, l'hérédité des hémorrhoïdes ne saurait être un instant douteuse. Mais que se rappelle ce qui a été dit plus haut, et l'on conviendra qu'il est fort difficile de river par cette voie à une conclusion rigoureuse. Restent donc les faits; man é faits, quoi qu'en dise Montègre, sont bien insuffisants. Alberti (2) a vu un enfermé d'un père hémorrhoïdaire, être atteint de cette affection dès le jeune à le me d'un personnes, tant hommes que femmes, dont tous les membres se plaignaient plus moins des hémorrhoïdes. Quelques auteurs, et entre autres Alberti et Trnka, cit des exemples semblables. Voilà tout ce que nous possédons sur ce point. Je suis le il s'en faut, de nier l'existence de l'hérédité dans cette affection; mais on convient qu'avec des éléments pareils, il est impossible de se faire la moindre idée de son fluence.

Restent ensin les passions tristes et les excès vénériens. Mais relativement la première de ces causes, on peut se demander si elle ne serait pas plutôt un resultat de la maladie; et relativement à la seconde, on peut dire qu'il n'existe par faits authentiques qui déposent en sa faveur.

Il résulte de cette revue, que je n'avais nullement exagéré l'incertitud (2 règne sur l'existence ou sur le degré d'influence de ces causes prédisposantes que peut, avec quelques auteurs, désigner aussi sous le nom de causes générales. L'ex parvenir enfin à les connaître, il faut procéder tout autrement qu'on ne l'a sait jur qu'à présent, et avoir recours à l'analyse exacte des saits et à la statistique. L'ex je le répète, un beau travail qui s'offre aux observateurs consciencieux.

2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles, dans lesquelles nous trouverons principalement celle auxquelles on a donné le nom de locales, sont beaucoup mieux connues.

Il faut signaler d'abord la constipation, qui est une des causes déterminantes à plus actives. Suivant les auteurs, ce n'est pas seulement par la distension qu'esté cent les fèces sur la partie inférieure du rectum que cette cause a de l'influence mais encore par l'action des matières acres et irritantes sur les parois de cet de gane. Mais aucune expérience n'a prouvé la réalité de cette seconde manière

⁽¹⁾ Cons. et resp. med.

⁽²⁾ Dissert. de hæmorrh. hæred.; 1727.

⁽³⁾ Traile des hemorrhoïdes: Paris, 1814.

gir. Tout porte à croire, au contraire, qu'il y a simplement là un effet mécanie, et que la compression prolongée des veines du rectum détermine seule la diation de ces vaisseaux, en s'opposant au retour du sang. Il est vrai aussi qu'on egardé comme favorisant cette dilatation la contusion plus ou moins grande de ifice du rectum au moment où le bol fécal endurci est expulsé avec une diffité souvent très considérable. Mais si l'on ne peut douter que, une fois les hérrhoïdes produites, cette contusion ne détermine des accidents notables, il n'est aussi certain qu'elle ait une influence marquée sur leur production. Quoi qu'il soit, il n'est pas douteux que la première apparition des hémorrhoïdes ne soit sque toujours précédée d'une constipation plus ou moins opiniâtre.

La compression exercée par l'utérus dans l'état de grossesse, et par les tumeurs inpant des organes voisins du rectum, agit de la même manière, et ces causes, i font sentir immédiatement leur influence sur l'organe malade, ont été désibles, ainsi que la constipation, sous le nom de causes déterminantes directes. ut-il y joindre les diverses éruptions qui occupent l'anus; les frictions trop sount répétées sur cette partie; les lavages trop multipliés: l'introduction de corps rangers dans le rectum? Si ces derniers étaient volumineux, ils pourraient agir mme les causes précédentes: mais les cas de ce genre sont très rares, et l'on ut dire que l'existence de ces dernières influences n'est pas suffisamment mise rs de doute. Il en est de même de cette autre cause signalée par tous les auteurs, est-à-dire le séjour trop prolongé à la garde-robe. Il est évident d'ailleurs que constipation opiniâtre explique ce séjour prolongé, et cette cause suffit seule our déterminer la maladie.

Quant à l'inflammation du rectum, aux fissures de l'anus, à sa constriction asmodique, au squirrhe, au cancer de cet organe, on est très peu fixé sur leur fluence, et l'on ne peut s'empêcher de penser que, dans un bon nombre de cas, y a eu des erreurs de diagnostic. C'est, du reste, l'opinion des auteurs les plus timés qui ont écrit sur ce sujet. On a dit et répété que la dyssenterie était súivie rsois de l'apparition des hémorrhoïdes; mais a-t-on suffisamment sait la part des incidences?

D'autres causes ont été signalées sous le nom de causes déterminantes indictes, et l'on a dit que dans ce cas les hémorrhoïdes étaient symptomatiques. Je terai d'abord l'usage d'un siège percé; la compression circulaire autour du siège rait, dans ce cas, la cause déterminante des hémorrhoïdes. Mais on a oublié, uns l'appréciation de cette cause, que souvent c'est pour éviter la douleur causée ir la pression sur des hémorrhoïdes déjà formées, qu'on à eu recours à ces sièges, 'ailleurs quelques auteurs sont d'une opinion tout opposée, puisqu'ils les recomandent précisément pour prévenir cette affection. Il n'en faut pas plus pour dénontrer toute l'incertitude qui règne encore sur ce point. L'usage de vêtements up serrès a-t-il une influence moins douteuse? Hildebrandt a cité un fait qui araît appuyer cette opinion; mais un fait ainsi isolé est bien loin de suffire.

La marche longtemps prolongée, l'équitation, le cahotement des voitures, les oups violents, les chutes sur le siège, sont aussi rangés parmi ces causes, mais nore sans preuves. Relativement à l'équitation, Montègre a cité Baldinger, Larey, et ses propres observations, pour montrer combien l'existence de cette cause est hypothétique. Toutesois cet auteur regarde comme très essicace, dans la pro-

duction de la maladie, de monter à cheval sans selle; mais les preuves qu'il surnit à l'appui n'ont pas une valeur réelle.

L'usage immodéré des purgatifs, et principalement de l'aloès, de la rhubel-du jalap, des sels neutres, etc., a pris également place parmi ces causes. On a moins fondé, pour soutenir cette opinion, sur l'observation directe que sur a induction tirée du traitement propre à reproduire les hémorrhoïdes supprime et qui consiste dans l'emploi des substances qui viennent d'être indiquées; mai n'a pas songé qu'autre chose est d'agir sur le rectum déjà occupé par des var rectales et antérieurement le siège de la fluxion hémorrhoïdaire, et autre chose produire ces effets sur un rectum sain. D'un autre côté, n'est-ce pas pour combair la constipation opiniatre qu'on met en usage ces purgatifs? et cette constipation suffit-elle pas pour faire naître l'affection? L'emploi des suppositoires, des vements irritants, des lavements d'eau froide, entre également dans cette catégie.

On a attribué aux emménagogues une action puissante sur la production e hémorrhoïdes, et l'on a expliqué cette action par les connexions veineuses de l'erus et du rectum. Cette explication paraît très satisfaisante, car on conçoit farment que si un médicament agit en déterminant un afflux de sang vers l'utere cet afflux doit s'étendre au rectum. Mais ce n'est là en définitive qu'une expertion, et les faits qu'on a cités, parmi lesquels il faut en distinguer un rappor par Stork (1), sont loin de mettre la chose hors de doute.

Relativement à l'application réitérée des sangsues à l'anus et à l'usage de diluves chauds, nous n'avons encore que des présomptions. Il est vrai qu'on ploie ces moyens, le premier surtout, pour rappeler les hémorrhoïdes supprimmais à cet égard je pourrais reproduire les réflexions que j'ai saites à propoliaction des purgatifs.

Je me contenterai de mentionner l'impression locale du chaud et du ser l'orgasme vénérien, la présence des vers intestinaux dans le rectum, parce se pous n'avons pas de preuves suffisantes en faveur de leur influence.

J'en dirai autant des passions tristes, de la colère, de la nostalgie, et j'ajouraque, dans un bon nombre de cas, il n'est pas douteux que ces passions aient résultat de la maladie commençante et des douleurs éprouvées par les mais plutôt que leur cause. On a cité, il est vrai, des faits dans lesquels le flux saux s'est montré immédiatement après un accès de colère ou après une vive terres mais, dans ces cas, la maladie existait déjà. Ce ne sont donc pas là des causes de maladie, mais bien des excitants d'un de ses symptômes, ce qui est très différes J'y reviendrai plus loin.

Des maladies ayant leur siège loin du rectum peuvent, par leur action sur le circulation veineuse intestinale, agir comme la constipation elle-même. Les ture des organes abdominaux, et en particulier celles du soie, produisent cet esset lur quelques maladies de cet organe, on a néanmoins vu apparaître les hémorrhois quoique la circulation ne sût pas sensiblement gênée; mais le sait s'expiratrès bien par la constipation, qui, en pareil cas, est un symptôme de l'assett hépatique.

Je me bornerai à mentionner les métastases produites par la répercussion de la transpiration, etc. Pour prouver leur existence.

⁽¹⁾ Obs. clin., ann. 7.

du moins pour apprécier leur importance, il faudrait non de simples affirmans, mais un nombre suffisant d'observations exactes et bien analysées, et c'est
que nous n'avons pas.

Restent enfin les hémorrhoides critiques. Le nombre des maladies qui, d'après auteurs, peuvent être jugées par les hémorrhoïdes, est très considérable; mais t-on bien observé? Il suffit de dire que, malgré tous les soins qu'on apporte à bservation, on ne voit point aujourd'hui les inflammations du cerveau, du poun, des reins, etc., etc., jugées par les hémorrhoïdes. S'il existe des cas de ce are, ils sont exceptionnels. Tout le monde a cité à ce sujet une observation de restus (1); il suffit de la mentionner.

Je viens d'exposer l'état de nos connaissances sur l'étiologie des hémorrhoïdes, n'ai pas dû dissimuler toutes les incertitudes dont elle est remplie. C'est à l'obvation à les faire cesser. En attendant, remarquons que, de toutes les causes, la us active et en même temps la plus fréquente est une constipation prolongée, elle qu'en soit l'origine.

§ III. — Symptômes.

Faut-il, pour tracer la description des hémorrhoïdes, suivre une des divisions ablies par les auteurs? Avant de répondre, jetons un coup d'œil sur une de ces visions, celle de Montègre. Suivant cet auteur, il y aurait à distinguer dans les émorrhoïdes deux ordres, huit espèces et un grand nombre de variétés. Les deux ordres sont: 1° les hémorrhoïdes périodiques et régulières; 2° les hémorrhoïdes mormales et irrégulières. Les huit espèces sont rangées ainsi qu'il suit: H. sèches; 2° H. fluentes; 3° H. avec tumeurs; 4° H. avec douleurs; 5° H. avec étrécissement de l'anus; 6° H. avec ulcérations; 7° H. avec chute du rectum; 6° H. avec irritation de la vessie. Il sussit de citer cette nomenclature pour monter combien elle est peu importante. Il ne s'agit, en esset, dans les deux ordres, ne d'une dissérence dans la marche de la maladie, dissérence qui ne change pas m caractère. Quant aux espèces, elles reposent sur des symptômes qui, dans le lème cas, peuvent paraître et disparaître à plusieurs reprises. Les variétés sont mdées sur des nuances plus sugitives encore.

Il serait sans doute plus utile de suivre en partie la division proposée par Pinel plus tard par M. Récamier. Ces auteurs admettent quatre espèces d'hémorhoïdes, qui sont: 1° les hémorrhoïdes récentes pour cause générale; 2° les héworrhoïdes récentes pour cause locale; 3° les hémorrhoïdes anciennes périodiques; 4° les hémorrhoïdes compliquées d'ulcérations de l'intestin ou de varices. lais, malgré tous nos efforts, nous n'avons pas pu déterminer d'une manière ositive quels sont les cas où l'on doît reconnaître une cause générale. La division levient donc inutile sous ce point de vue. Aussi voit-on les auteurs qui l'ont doptée, et M. Récamier lui-même, l'abandonner dans, la description des symnièmes où il leur était impossible de la suivre, et ne la reprendre qu'à propos du raitement, parce qu'alors, n'étant plus gênés par la nécessité d'une démonstration, ls ont pu revenir à leur hypothèse.

Début. Le début des hémorrhoïdes est ordinairement lent, graduel et intermitlent. Avant que les tumeurs qui en forment le principal caractère aient pu être

⁽¹⁾ Observ. ad curat. med., lib. XXIX.

reconnues, avant qu'il y ait même écoulement de sang par l'anus, il se nifeste des phénomènes importants, et que la plupart des auteurs ont décrits le nom de fluxion hémorrhoidale. Cette fluxion, qui est, dans le plus grand nom! des cas, commune au début de la maladie elle-même et au début des attaques surviennent dans son cours, n'est cependant pas admise par tous comme fass partie intégrante de l'affection. MM. Monneret et Fleury ont surtout insisté per qu'on cessat de regarder la fluxion hémorrholdale, ou, selon leur expressive. congestion da rectum, comme appartenant aux hémorrhoïdes. Leur raison est 🕶 cette congestion peut três bien exister sans être suivie des tumeurs hémorrhoids caractéristiques, et qu'elle n'est pas plus liée à cette dernière affection que la cogestion cérébrale à l'apoplexie. Je ne crois pas que cette raison soit péremptoir On voit, en esset, trop bien la llaison intime qui existe entre la fluxion bens rhoidale et les tumeurs qui lui succèdent; on comprend trop bien comment cellci ne sont que la continuation de celle-là, pour les séparer ainsi. Dans l'apopleu même, si avant l'hémorrhagie cérébrale il y à eu des symptômes de simple comtion, nous regardons ces symptômes comme intimement liés à l'hémorrhagie. 🚓 : en est de même dans une soule d'autres maladies, bien que les phénomènes = début puissent exister sans être toujours suivis de l'affection confirmée qu'ils prcèdent, et qu'ils puissent constituer ainsi une affection indépendante.

On a beaucoup exagéré l'importance des phénomènes du début, et on l'a tel parce qu'on a voulu réunir dans un seul tableau tous les signes qui se sont pristés à l'observation, sussent-ils complétement exceptionnels.

Les symptômes qui annoncent ordinairement le début des hémorrhoïdes su une gêne souvent très incommode vers la partie insérieure du rectum, une sention de pesanteur et parsois même de corps étrangers dans cette partie. Dans que ques cas, il existe déjà une douleur assez vive. La gêne, la pesanteur, la douk se sont principalement sentir lorsque le sujet reste debout un peu longtemp Elles s'étendent, s'irradient vers les parties voisines, et de là le sentiment de poids dans tout le bassin, des douleurs dans le sacrum, les lombes, le périnée e parties génitales.

En même temps une sensation de la chaleur se maniseste vers la partie uirieure du rectum, et le pourtour de l'anus est dur et résistant, ce qui est de son gonssement, bien qu'il n'y ait pas encore de tumeur hémorrhoïdale bien de tincte.

Il résulte de cet état du rectum quelques troubles fonctionnels qui mériter d'être mentionnés. Souvent les envies d'aller à la selle sont fréquentes, et les effers infructueux ou non que sont les malades pour les satisfaire, tendent encore à au menter l'intensité du mal. L'affection étant presque toujours précédée d'une castipation plus ou moins opiniâtre, l'excrétion des matières sécales a un autre inconvénient : le passage de ces matières dures, et offrant des aspérités, détermine à contusion et même la déchirure des parties congestionnées, et de là l'écoulement de sang parsois abondant qui accompagne la désécation.

Pendant que ces phénomènes locaux se manifestent, on observe que le poutest dur, plus ou moins fréquent, qu'il y a de l'inquiétude, de l'insomnie cause surtout par le sentiment de gêne et de douleur dans le rectum; que le caracter devient difficile, que l'appétit est moins vif, et que les digestions sont plus pénibles

HÉMORRHOIDES. - SYMPTOMES.

Tels sont les signes qui, dans le plus grand nombre des cas, annoncent le comencement d'un travail pathologique dont le résultat doit être la formation des
morrhoïdes. Quoique j'aie élagué un bon nombre de symptômes douteux, je
is ajouter que cette description ne repose que sur des appréciations générales,
tessairement vagues, et qu'un travail exact sur ce point est encore à faire.
Uans quelques cas, cette congestion hémorrhoïdale du début est précédée elleme de quelques symptômes généraux, tels qu'un malaise indéfinissable, des
tripilations, des lassitudes sans cause appréciable, la morosité, la chaleur, la
anteur de la tête, des étourdissements, une altération plus ou moins marquée des
its, des troubles digestifs, des flatnosités intestinales, etc. Mais ces phénomènes
it bien loin de se montrer, dans tous les cas, d'une manière remarquable, et
sieurs auteurs ont eu le tort de les généraliser.

J'ai dit plus haut que le début n'était pas continu: c'est que, en esset, il n'est rare de voir cette congestion se dissiper, pour se reproduire ensuite plusieurs à des intervalles variables, avant que les tumeurs hémorrholdales caractéristies se soient montrées. C'est au bout de deux, trois ou quatre jours, et quelques plus, que la congestion se dissipe, soit après un écoulement de sang semblable zhi que nous décrirons plus loin, soit sans aucun écoulement.

Symptômes. Lorsque la maladie est confirmée, lorsque les tumeurs hémorrholdes se sont produites, on observe une série de symptômes, tantôt presque contins, tantôt intermittents. Dans ces derniers cas, la maladie survient par attaques lus ou moins rapprochées. Je vais d'abord décrire les symptômes, abstraction aite de ces attaques, me réservant d'en parler avec détail à l'occasion de la marche le la maladie.

La pesanteur vers le rectum, indiquée plus haut, est d'autant plus considérable, outes choses égales d'ailleurs, que les tumeurs sont plus volumineuses et plus leines de sang. Il en est de même de la sensation d'un corps étranger dans cet rgane. La douleur est souvent très vive; elle est assez souvent lancinante, et s'iridie plus ou moins loin, surtout vers le périnée et les lombes. Elle sorce parsois s malades à prendre des positions bizarres, comme de se tenir sur les genoux et ur les coudes, et fréquemment on les voit changer d'attitude. La pression sur le ige est douloureuse, surtout quand les tumeurs sont saillie à l'extérieur, que les émorrhoïdes sont externes, pour nous servir de l'expression consacrée. Aussi les valades ont-ils beaucoup de difficulté à s'asseoir, et ne font-ils porter leur siège ne sur un côté, ou bien se placent-ils sur des siéges percés. Parfois, néanmoins, ils ompriment largement l'anus avec la main, dans l'intention de se soulager; mais ette compression n'est possible que dans les cas où les hémorrholdes sont internes u pen distendues. La défécation est aussi très douloureuse, et la souffrance proluite par le passage des matières endurcies se prolonge plus ou moins longtemps près, suivant qu'il y a eu ou non des déchirures. Par suite de la gêne, de la doueur et de la présence des tumeurs, la marche est pénible, difficile, et, à son tour, elle augmente les accidents.

La sensation de chaleur ressentie à la partie inférieure du rectum est vive, et peut aller jusqu'à une sensation de brûlure. Les malades sentent aussi des battements dans la partie malade, assez comparables à ceux du phlegmon.

Si les tomeurs sont volumineuses, tendues, pleines de sang, l'émission de l'urine

peut être difficile et douloureuse, surtout vers la sin, où le périnée se contractiviolemment.

Nous retrouvons ici les phénomènes généraux signalés dans la description à congestion rectale, ce qui n'a rien de surprenant; car, au moment où les tumer apparaissent ou prennent de l'accroissement, si elles existaient déjà, c'est une a gestion semblable qui a lieu.

Mais ces phénomènes n'ont plus en général la même intensité, parce que l'element de sang qui termine la scène a lieu ordinairement avec plus de facilité quans les cas où la congestion se termine de la même manière. Quelquesois, au carriere, soit que le raptus sanguin soit très violent, soit que par une cause que conque le flux hémorrhoïdal se trouve empêché, ces symptômes généraux priolents et en rapport avec l'intensité des symptômes locaux. Ce sont : une vaniété, l'agitation, l'insomnie, une chaleur plus ou moins vive, le resservent et l'inégalité du pouls (Récamier), auxquels viennent se joindre les flatuoser l'embarras des digestions, et quelquesois l'engourdissement des extrémités de rieures (Hossman).

Tumeurs hémorrhoïdales. Lorsque les signes du début précédemment indique ont existé plus ou moins longtemps ou se sont reproduits à plusieurs reprises. I observe l'apparition de tumeurs particulières, qui tantôt se montrent à l'extérie et tantôt restent à l'intérieur du rectum. Sans nous occuper, pour le moment, la nature de ces tumeurs, donnons-en une description détaillée.

Leur nombre est variable; rarement il n'en existe qu'une seule; le plus sont en en trouve deux ou trois, et quelquéfois elles sont en assez grand nombre poccasionner une espèce d'obstruction de la partie inférieure du rectum. Armodies, formant par leur réunion une masse bosselée, elles sont quelquefois afregées et comme pédiculées. On en a vu de grosses comme un œuf de poul.

P. Frank (1) dit en avoir vu de la grosseur d'un œuf d'oie. Ces cas sont existionnels, et, en général, les tumeurs ont un volume beaucoup moins considérate leur réunion, elles forment souvent, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur bourrelet irrégulier qui entoure le rectum. Leur couleur, quand elles sont existilées par le sang, est violette ou noirâtre, et la muqueuse, dans les points où est les recouvre, paraît transparente comme une pellicule.

Lorsque ces tumeurs se sont développées primitivement à la marge de l'anza elles sont en partie recouvertes par la muqueuse et en partie par la peau, ce qu'est facile de distinguer. Lorsqu'au contraire elles ont pris naissance à l'intériez même du rectum, et qu'elles ne sont venues au dehors que consécutivement. Elles sont partout violacées, et l'on reconnaît la muqueuse qui les recouvre à son aprel lisse et à sa transparence. Enfin, lorsque les tumeurs restent internes, on les sel en portant le doigt dans le rectum, car elles ne sont pas situées dans un point él.

Flux hémorrhoidal. Lorsque les tumeurs sont fortement distendues, ou messavant, si le raptus sanguin est suffisant, si l'inflammation est peu violente, ou que une cause quelconque a déterminé leur rupture, on voit survenir un écoulement de sang variable dans sa quantité. Ordinairement d'une abondance médiocre, a perte peut être parfois assez considérable pour faire craindre pour les jours du mandance médiocre, a perte peut être parfois assez considérable pour faire craindre pour les jours du mandance médiocre.

⁽¹⁾ Traité de médec. prat., trad. par Goudareau; Paris. 1842, t. 1, p. 540.

de. On a cité des cas où le slux a été d'une et même de deux livres de sang par sur, et cela pendant un mois, deux mois, et même des années. Panarola rapporte n cas de cette dernière espèce; mais on ne peut s'empêcher de soupçonner ce cit d'erreur ou d'exagération, d'autant plus que l'auteur ajoute que le malade ait en parsaite santé, ce qui ne peut s'accorder avec une perte de sang si consitrable et si longtemps prolongée.

La perte peut être énorme en peu de temps. C'est ce qu'on a observé dans les s rapportés par Hossmann, Pezold et Montègre, où il est dit que la quantité de ng rendu a été assez considérable pour remplir deux vases de nuit, ou bien s'est evée à vingt et même soixante livres! Je cite ces saits, parce que, dans tous, les asséquences de ces flux de sang, loin d'être extrêmement sâcheuses, ont été, suint les auteurs, tout à sait savorables. Mais saut-il encore admettre de pareils icits sans restriction? Montègre lui-même élève des doutes sur l'exactitude de observation. Quantaux cas où la perte de sang a été assez considérable pour com-romettre l'existence, on comprend très bien qu'elle ait été énorme.

Le sang s'écoule ordinairement en bavant; mais lorsque les sujets vont à la arde-robe, il peut s'échapper par un jet quelquesois assez sort, ce qui est le résultat es essorts de la désécation et de la pression exercée sur le rectum par les matières icales endurcies. Ce liquide est ordinairement noirâtre; cependant, lorsque le jet st sort, et surtout lorsque l'écoulement a été déjà très abondant, le sang peut deenir rouge ou pâle, suivant la plus ou moins grande durée de la perte.

On a beaucoup disserté sur l'existence d'un flux hémorrhoidal passif et d'un flux hémorrhoidal actif; mais on n'a rien dit à ce sujet qui soit bien satisaisant. Lorsqu'il y a des signes de débilité générale, lorsque les symptômes de
a congestion sont peu notables ou ne se sont pas manifestés, on dit généralement
que le flux est passif; mais aujourd'hui que les recherches d'anatomie pathologique
ant montré que la cause principale de l'écoulement était l'accumulation du sang
lans les vésicules dilatées, ces explications deviennent insuffisantes. En somme, on
l'a aucune preuve de l'existence de deux flux particuliers.

Mais est-ce par exhalation ou par rupture des tumeurs que se produit ce flux anguin? On ne peut douter que dans un bon nombre de cas il n'y ait rupture des ameurs. Les cicatrices qu'on y a trouvées dans les dissections ne permettent pas e conserver à cet égard la moindre incertitude, et c'est de cette manière qu'on aplique ces jets de sang qui s'élancent quelquesois à d'assez grandes distances. lais en est-il toujours ainsi? C'est ce qu'on ne saurait affirmer, même en mettant e côté les cas où l'écoulement s'est produit après une simple fluxion, et en n'adbettant, avec quelques auteurs, comme de véritables hémorrhoïdes, que celles qui ont caractérisées par la présence des tumeurs.

Dans quelques cas, le développement des tumeurs, au lieu de se terminer par un lux sanguin, accomplit toutes ses périodes et se termine par une espèce de résoution, sans qu'il suinte une seule goutte de sang; on dit alors que les hémorhoïdes sont sèches, pour les distinguer des précédentes, qu'on a appelées fluentes; nais cette distinction n'a pas une très grande importance, car on voit, chez le même individu, les hémorrhoïdes être sèches ou fluentes à des attaques différentes. Cependant, sons le rapport du diagnostic et du traitement, il ne saut pas oublier cette particularité.

Dans les attaques ordinaires d'hémorrhoïdes, les choses se passent comme je viens de l'indiquer, puis la douleur diminue et cesse; il en est de même de la pessateur vers le rectum et de la sensation d'un corps étranger; les tumeurs se ramollisses, puis perdent de leur volume et se flétrissent. Elles présentent alors l'aspect de salies isolées, molles, de couleur blafarde, indolentes, et qu'on peut facilement fair mouvoir. Quand elles sont internes, on sent avec le doigt leur détuméfaction et les diminution de volume. En même temps que ces changements ont lieu dans le tumeurs, les symptômes généraux diminuent : le malaise cesse, ainsi que l'attation, le pouls revient à son état naturel, et les fonctions digestives se rétables sent. Il est fréquent même de voir les sujets mieux portants et plus dispos apre ces attaques.

Mais, dans quelques cas, il survient des accidents qui méritent une mentin particulière. Il est loin d'être démontré qu'il y ait toujours un certain degré d'a flammation dans les tumeurs hémorrhoïdales pendant l'attaque. La simple réplétic sanguine de la partie inférieure du rectum suffit, en effet, pour rendre compte a tous les phénomènes décrits plus haut; mais, dans quelques cas, cette inflamention survient d'une manière évidente, et parfois elle est très violente. Alors la deleur est beaucoup plus vive, elle est insupportable chez quelques sujets; les parotuméfiées sont rouges, chaudes, et les organes voisins, tels que la vessie et les arganes génitaux, participent d'une manière marquée à l'état de souffrance du ratum. De là les épreintes vésicales, la strangurie, les douleurs du périnée, de regin, etc. On a vu cette inflammation se terminer par des abcès, soit dans l'intérier même des tumeurs, soit dans le tissu cellulaire voisin.

On a, dans ces derniers temps, signalé un accident particulier des hémorrhoids qui se lie au précédent : c'est la phlébite. Il est rare, ainsi que le sait remarque M. Gruveilhier, que cette phlébite devienne purulente. Lorsqu'il en est ainsi. Voit survenir les symptômes graves que j'ai décrits à l'article Phlébite (t. II). Des les cas où la phlébite reste locale et est simplement adhésive, on n'observe pe d'autres phénomènes que ceux de l'inflammation; ils viennent d'être indiqués

Lorsque les tumeurs hémorrhoïdales existent depuis longtemps, elles forme ai-je dit, un bourrelet autour du rectum. Si elles ont été primitivement interse. les efforts de la défécation ont chaque sois tendu à les repousser au dehors, jusqu'i ce qu'enfin elles se soient montrées à l'anus. Cette espèce d'expulsion ne per avoir lieu sans que l'intestin soit attiré plus ou moins en bas, bien que les tre meurs hémorrhoïdales s'allongent alors de manière à avoir un pédicule. Or, un assez bon nombre de cas, il en résulte une chute du rectum lorsque les mabée vont à la garde-robe, ce qui nécessite de leur part des manœuvres pour faire retrer l'intestin et les tumeurs. Mais si la fluxion hémorrhoïdale a lieu avec une ortaine activité, il peut en résulter qu'après la défécation les tumeurs restent tre gonflées pour pouvoir être repoussées dans le rectum. Les malades sont de vais efforts, et si un certain temps s'écoule, le gonflement, augmenté encore par constriction de l'anus qui survient en pareil cas, s'oppose irrésistiblement à la rentrée des hémorrhoïdes. De là des phénomènes graves. On voit alors au dehors & l'anus un bourrelet violacé ou noirâtre, extrêmement douloureux au toucher, éust également le siège de douleurs spontanées vives, et séparé en plusieurs parties pr quelques sillons étroits et profonds. L'anxiété est vive; les malades sont obligés

coucher sur le côté ou sur le ventre; en un mot, les symptônes généraux indiués plus haut se produisent avec une intensité notable.

Si, à l'aide des manœuvres que j'indiquerai plus loin, on ne peut pas parvenir à incre la résistance de l'anus et à faire rentrer les tumeurs, elles sont ordinaire-ent envahies par la gangrène, car il est rare que les moyens ordinaires suffisent sur amener la détuméfaction de ces tumeurs ainsi étranglées. Cette gangrène est dinairement peu profonde; elle n'atteint que les parties les plus saillantes des meurs qui se ramollissent, deviennent grisâtres, brunâtres ou d'un vert foncé, détachent, et permettent au reste du bourrelet de rentrer. Quelquefois cendant, ainsi que les auteurs en ont cité des exemples, la gangrène envahit toute tumeur, gagne même le rectum, et, dans ce cas, occasionne des accidents ortels.

Parmi les autres accidents qui peuvent avoir lieu dans les hémorrhoïdes, il faut maler les fissures et les ulcérations. Ces lésions rendent les tumeurs fort dounreuses, augmentent encore la difficulté de la défécation, et donnent lieu à un intement purulent qui peut se continuer lorsque les tumeurs sont en partie siés.

En l'absence de toute fissure et de toute ulcération, peut-il y avoir un écouleent purulent ou muco-purulent de l'anus chez les hémorrhoidaires? L'existence è ce flux, auquel on a donné le nom d'hémorrhoides blanches ou de leucorrhée nale, ne paraît pas douteux d'après les recherches des auteurs; cependant il seait à désirer que le fait fût constaté avec plus de soin. Quelle qu'en soit du reste à cause, il est certain que chez des sujets affectés depuis longtemps d'hémorhoides, on voit ces flux blancs se produire ordinairement avant et après les attaues, et parsois même remplacer le flux sanguin.

La constipation, que nous avons vue être la cause la plus fréquente des hémornoïdes, est ordinairement augmentée par celle-ci; ce que l'on conçoit très bien, nisque, d'une part, la défécation est douloureuse, et que, de l'autre, les tumeurs plumineuses obstruent plus ou moins l'intestin.

Ensin, lorsque les pertes de sang sont abondantes et fréquemment répétées, on ait apparaître les signes de l'anémie, avec les troubles nerveux et sonctionnels qui caractérisent, et qui ne diffèrent pas de ceux qui ont été décrits à l'occasion de anémie lentement survenue à la suité des hémorrhagies (1).

Formes particulières. Je dirai peu de mots sur les formes des hémorrhoïdes. ons avons vu, en effet, d'après ce que j'ai dit des divisions proposées, que ce 'est pas là une question aussi importante que plusieurs auteurs l'ont pensé. Les rincipales sont celles que nous avons signalées déjà, d'après quelques symptômes: nsi, par exemple, les hémorrhoïdes fluentes et sèches, les hémorrhoïdes blantes, les hémorrhoïdes internes et externes. Il y a, je le répète, tant de variations lez le même individu, qu'on ne peut presque jamais ranger exclusivement les ivers cas sons une de ces dénominations. Je dirai tout à l'heure, à propos de la marche de la maladie, quelques mots des hémorrhoïdes régulières et irréguières.

¹⁾ Yoy, art. Anémie, t. II; Épislaxis, t. I, etc.

· § IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La marche des hémorrhoïdes est, on peut le dire, essentiellement intermittent Cependant si, comme on l'a supposé, on fait une distinction entre le sux hémarhoïdal et les tumeurs, on doit établir une exception à l'égard de celles-ci. Lor qu'elles sont anciennes, volumineuses, et surtout ulcérées, elles donnent toujes lieu à quelques symptômes, tels que pesanteur à l'anus, difficulté de la défécative flux blanc, etc.; mais alors même il survient, à des intervalles variables, une sir d'accidents qui constituent les attaques. Ces attaques sont formées par la réunie des symptômes précédemment décrits, et dont les principaux constituent la fluvhémorrhoïdale, le développement des tumeurs et le flux sanguin. Avant et xcleur invasion, les malades sont dans un état de santé très supportable, sinon pefait, et, après elles, les symptômes locaux se calment ou se dissipent compie ment. Chez quelques sujets, ces attaques ont une périodicité marquée, et imite: ainsi les périodes menstruelles. Nous avons vu plus haut que ces hémorrhoides ... riodiques et régulières pouvaient remplacer les menstrues; mais, en examise: les faits, on ne tarde pas à se convaincre qu'il y a beaucoup d'exagération dans que l'on a dit à cet égard. Le plus souvent, au contraire, les attaques sont irr, lières, et l'on conçoit que l'hygiène des sujets puisse faire varier considéralment l'époque de leur apparition.

Il faut distinguer la durée de ces attaques de la durée des hémorrhoïdes elemêmes. On voit, dans un certain nombre de cas, celles-ci guérir après une of plusieurs attaques, et il n'est pas possible, sous ce rapport, de déterminer d'est manière un peu précise la durée de l'affection. Très souvent, au contraire, ele persistent toute la vie, tantôt très violentes, tantôt plus légères. C'est dans ces ce que la douleur et la perte de sang abondante inspirent le plus souvent des inquiétais aux malades, rendent leurs fonctions pénibles et produisent l'hypochondrie. La durée des attaques varie de quatre ou cinq jours à une ou plusieurs semaines.

Quant à la terminaison, nous avons peu de chose à en dire. Nous avons vu per haut qu'il est fort rare que le slux hémorrhoïdal soit assez abondant pour commettre les jours du malade. Quelquesois, mais très rarement encore, la mor es causée par la gangrène ou par la phlébite suppurative. La guérison s'obtient en nairement lorsque les hémorrhoïdes sont dues à une cause qui disparaît d'elemême ou qu'on peut saire sacilement cesser, comme la grossesse ou une consuption peu rebelle.

§ V. — Lésions anatomiques.

J'ai dit, en commençant, que les recherches modernes avaient surtout édad l'anatomie pathologique des hémorrhoïdes. Il ne faut pas croire néanmoins que sujet ait été négligé avant ces derniers temps; car un bon nombre d'auteurs, primi lesquels on doit principalement cîter Stahl, Alberti, Morgagni et Lassus, d'fixé leur attention sur ce point, et sont arrivés à ce résultat, que les hémorrhoïds sont de véritables varices des veines hémorrhoïdales. Sans entrer à ce sujet dans se discussion qui nous entraînerait au delà des limites de notre cadre, disons qu'arjourd'hui, grâce surtout aux dissections de Blandin et de M. Jobert (de Lamball, on s'est généralement rangé à cette opinion, quoique cependant quelques auteur y aient apporté certaines restrictions que j'indiquerai succinctement.

Je ne reviendrai pas sur ce que j'ai dit du nombre et du volume des tumeurs ns la description des symptômes. A l'intérieur du rectum, on les trouve formant urrelet, parfois pédiculées, et parsemées de renslements veineux apparents. A atérieur, elles ont l'aspect précédemment indiqué. Quelquesois, suivant la rereque du docteur B. Brodie (1), il faut pousser une injection dans les veines pour ndre apparentes leurs dilatations, et, par conséquent, la tuméfaction; mais dinairement il est facile de reconnaître les tumeurs après la mort. Parfois forles de veines dilatées dans tous les points de leur circonférence, et semblables x varices des membres inférieurs, elles se présentent, dans les autres cas, sous rme d'ampoules ou de cellules communiquant avec les veines, ou plutôt, comme constaté M. Jobert, elles ne sont autre chose que des points dilatés de ces ines, puisque, dans tous les cas, cet auteur a pu reconnaître la paroi du vaisau. Mais comme, par suite de l'inflammation dont la tumeur peut être le siége, survient sréquemment une phlébite adhésive, il en résulte que cette disposition st parsois difficile à saisir, parce que le vaisseau est oblitéré avant d'arriver à la meur. En outre, l'hypertrophie et l'endurcissement des parois veineuses et de la nuqueuse, l'adhérence de celle-ci, l'infiltration du tissu sous-muqueux, son induation, l'extravasation du sang dans le tissu cellulaire environnant, sa collection n soyer enkysté, sont autant de lésions qui rendent la dissection dissicile. Il est, du reste, facile de comprendre quelle est l'origine de ces lésions. On trouve dans l'intérieur des petites cavités, surtout lorsque les sujets ont succombé pendant une attaque ou peu de temps après, soit du sang noir ou liquide, soit des caillots plus ou moins fermes et plus ou moins décolorés.

Il arrive assez souvent qu'un grand nombre de petits vaisseaux veineux rampent dans les tumeurs hémorrhoïdales : c'est, ainsi que le fait remarquer M. P. Bérard (2), ce qui a fait croire à quelques auteurs, et en particulier à Laënnec et à Béclard, que les hémorrhoïdes peuvent être formées par un véritable tissu érectile. La ressemblance est surtout fort grande, comme l'a également noté l'auteur que je viens de citer, lorsqu'il existe en même temps une extravasation sanguine dans le tissu cellulaire. Parfois, dans les cas d'hémorrhoïdes anciennes, le lacis des veines dilatées est si considérable, qu'il enveloppe complétement la partie inférieure du rectum.

De ces saits M. Bérard conclut qu'il saut admettre trois sormes d'hémorrhoïdes: la première est la sorme variqueuse; la seconde est la sorme érectile, ce qui ne veut pas dire que les tumeurs soient sormées d'un tissu entièrement semblable à celui qu'on a désigné sous ce nom; ensin, dans la troisième sorme, les tumeurs sont dures, ne contiennent pas de sang, et on les désigne sous le nom de marisques. C'est à l'instammation adhésive dont il a été parlé plus haut qu'il saut attribuer ce dernier état des tumeurs, qui, saute d'avoir été convenablement étudié, a souvent donné lieu à des erreurs de diagnostic.

Si j'ajoute que dans les hémorrhoïdes anciennes on peut trouver un épaississement de la muqueuse rectale se prolongeant au delà de la limite des tumeurs; des traces de fissure, d'ulcération, d'abcès; des cicatrices résultant de la rupture des

¹⁾ Lect. on hemorrh. (Lond. med. Gaz., 1835).
2) Diet. de méd., art. Hémonnioides.

sacs variqueux, on aura tout ce qu'il importe de savoir sur l'état du rectum des bémorrhoïdes.

Quant aux autres organes, ils ne présentent souvent rien de particulier, a a n'est les lésions propres à la maladie qui a causé la mort, et qui est ordinairement étrangère aux hémorrhoïdes. Les affections organiques du foie, les tumeurs abéminales génant la circulation veineuse, qu'on trouve quelquefois, ont un rapper direct avec la maladie. Enfin, si la constipation a été très opiniâtre, il pent y mu une dilatation du rectum au-dessus du point occupé par les hémorrhoïdes.

On voit que je n'ai point parlé des dégénérescences cancéreuses, squirrheux qu'on a cru pouvoir se produire quelquesois dans les hémorrhoïdes. Je ne mar pas certainement que le cancer ne puisse s'emparer de la partie du rectum occapée par les tumeurs; mais que l'existence de celles-ci ait eu une influence rés sur la production du cancer, voilà ce qui n'est nullement prouvé, et par comquent la question perd pour nous la plus grande partie de son intérêt.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Le diagnostic des hémorrhoïdes ne présente, dans le plus grand nombre de cas, aucune dissiculté sérieuse. Pour l'établir avec précision, il saut avoir égon, comme on l'a sait généralement, et malgré les objections dont j'ai parlé plus becau sux hémorrhoïdal aussi bien qu'aux tumeurs.

Le flux hémorrhoïdal pourrait être confondu avec une hémorrhagie d'une pretion plus élevée de l'intestin, et s'il n'y a encore que simple congestion reculs sans dilatation veineuse bien apparente, sans tumeur appréciable, ce diagnose mérite une certaine attention. La tension de la partie inférieure du rectum, la reméfaction de l'anus, les circonstances dans lesquelles se produit l'hémorrhage c'est-à dire après une constipation plus ou moins longue; l'absence de toute te meur dans l'abdomen et des signes de cancer, d'affection typhoïde, de scorbut, et mettront promptement sur la voic. Si les tumeurs caractéristiques existent, il! a plus aucune difficulté, et l'on ne peut pas confondre les hémorrhoïdes avec terorrhagie, dont nous avons donné plus haut l'histoire. Quant à la couleur aux du sang rendu dans cette dernière affection, elle n'est pas, ainsi que le fait reme quer M. Raige-Delorine, un signe suffisant pour se prononcer.

a Lorsque le sang a sa source dans un ulcère du rectum, il est, dit M. Réctairer, plus ou moins sanieux ou mêlé de pus, et le doigt introduit dans l'anus est retiré couvert d'une sanie fétide. » Ajoutons qu'on peut reconnaître par a toucher la surface inégale de l'ulcère ordinairement cancéreux.

Lorsque les tumeurs existent et sont volumineuses et gonflées, il ne saurait avoir la moindre hésitation. Cependant, si ces tumeurs sont envahies par une un flammation assez vive, on peut se demander si l'on n'a pas affaire simplement à not inflammation du tissu cellulaire de la marge de l'anus. Mais celle-ci n'occupe par tout le pourtour de l'intestin; elle se manifeste par un point douloureux et indoment le rectum et la tubérosité sciatique; la congestion caractéristique n'a par existé, et enfin, pour rendre la distinction plus facile, il suffit de dire que cette an flammation n'atteint guère que des tumeurs existant déjà depuis un certain temps, et après plusieurs attaques d'hémorrhoïdes.

Les polypes du rectum peuvent-ils être consondus avec les tumeurs hémorrhoi-

ales? C'est ce qu'ont pensé quelques anteurs, et voici les signes distinctifs qu'on donnés comme propres à faire éviter les erreurs. Les polypes sont plus fermes, s ne se montrent pas en nombre considérable, ils ne donnent pas lieu à ces alteratives d'intumescence et de flétrissure qui caractérisent les tumeurs hémorrhoïdales.

Lorsque les tumeurs sont endûrcies, siètries, et surtout lorsqu'elles sont le siège 'un suintement blanc, par une des causes précédemment indiquées, on pourrait s prendre pour des végétations syphilitiques. Mais encore ici la manière dont ces égétations sont survenues, l'absence d'hémorrhagie autérieure, et ensu certaines articularités de sorme, comme celle de crête, de chou-fleur, de poireau, etc., ne ermettent pas de rester longtemps dans l'incertitude.

Enfin il n'est point difficile de distinguer les tumeurs hémorrhoïdales internes armant hourrelet, du cancer du rectum. Outre l'absence des phénomènes des ataques hémorrhoïdales, la dureté du squirrhe, l'absence de séparation des tumeurs, a profoudeur à laquelle pénètre la maladie et que l'on peut facilement apprésier, des ulcérations lorsque la maladie est avancée, font aisément reconnaître le ancer.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1º Signes distinctifs du flux hémorrhoïdal sans tumeurs appréciables, et de l'entérorrhagie proprement dite.

PLUI MÉMORRHOIDAL.

Tension de la partie inférieure du rectum.

Tunéfaction de l'anus. Constipation antécédente. Pas de tumeur dans l'abdomen.

Pas de signes de cancer ou d'affection typhoïde, de scorbut, etc. ENTÉRORRHAGIE.

Pas de tension de la partie inférieure du rectum.

Pas de tuméfaction de l'anus.

Souvent pas de constipation antécédente.

Tumeur de l'abdomen dans les cas de

Signes de cancer, d'affection typhoide, de soorbut, etc.

2 Signes distinctifs des hémorrhoides et des tumeurs cancéreuses du rectum.

HÉMORRHOIDES.

Precédées de la congestion hémorrhoïdale.

Revenues à plusieurs reprises par attaques. Moins dures ; séparées par des sillons.

Point de sanis cancéreuse.

TUBEURS CANCÉREUSES.

Non précédées de la congestion hémorrhol-dale.

Développées graduellement.

Dures; bosselées; sans sillons aussi prononcés.

Sanie cancéreuse, dans les cas d'ulcération.

3º Signes distinctifs des hémorrhoïdes et des excroissances de l'anus.

MÉMORRHOIDES.

Arrondies; violettes; séparées par des sillons.

Revenues par attaques avec congestion hémorrhoidale.

EXCROISSANCES.

Formes diverses; poireaux, choux-fleurs; couleur blane sale ou rosée.

Développées graduellement, sans congestion.

Pronostic. Le pronostic des hémorrhoïdes est presque toujours très peu grave, en ce sens que cette affection ne menace presque jamais la vie. Mais lorsqu'elles sont anciennes, elles peuvent présenter une série d'accidents incommodes dont j'ai donné plus haut la description. Avant qu'elles soient devenues ainsi constitution-nelles, pour me servir de l'expression consacrée, on peut parvenir à les guérir; le

pronostic est donc d'autant moins sérieux, que la maladie est plus récente. Cependant il faudrait se garder de regarder ce pronostic comme rigoureux, et d'annouve une guérison même probable, par cela seul que les hémorrhoïdes sont récentes : il faut encore considérer les causes qui ont produit la maladie, s'informer si l'on per en accuser une constipation accidentelle, cas le plus favorable, mais le plus rarect, dans tous les cas, être très circonspect sur le pronostic; car combien de fois proit-on pas cette maladie persister malgré tous les moyens mis en usage?

La trop grande abondance de l'hémorrhagie est une circonstance fâcheuse; il est à peine besoin de le dire; toutesois il saut, avant de se prononcer, considérer se effets, car si cette abondance n'est pas excessive, elle peut produire de bons résultats, même lorsque la perte paraît considérable.

La gangrène du bourrelet hémorrhoïdal sorti et comprimé par l'anus n'a parautant de dangers qu'on pourrait le croire au premier abord; nous avons vu, ca effet, plus haut, qu'elle n'est que partielle. Il arrive même qu'après la chute de parties gangrenées, le flux hémorrhoïdal se suspend, et tous les autres symptôme locaux disparaissent ou diminuent notablement; mais ce n'est toujours que pour un certain temps. J'ai vu, dans un cas, cette guérison apparente durer plus d'un an; mais au bout de ce temps, les tumeurs hémorrhoïdales se reproduisirent et ex compliquèrent, comme auparavant, de chute du rectum. Lorsque la gangrène cavahit le rectum, le cas est très grave, puisque nous avons vu que c'était là une de causes de la terminaison fatale.

La phlébite adhésive est une complication plutôt favorable que nuisible, car si elle donne lieu à des douleurs plus ou moins vives, elle est suivie de la flétrissur plus ou moins durable des tumeurs hémorrhoïdales. Il n'en est pas de même de la phlébite suppurative, qui donne lieu à des accidents mortels, mais qui est heuresement fort rare.

Pour terminer ce qui a rapport au pronostic, je dirai un mot de la suppressides hémorrhoïdes, quoiqu'elle ne s'y rattache qu'indirectement. Cette suppressis a été regardée comme fort grave dans un bon nombre de cas, et surtout lorsque flux hémorrhoïdal est devenu constitutionnel. Il faudrait énumérer presque toute les maladies, pour faire connaître celles dont on a attribué l'apparition à la suppression de ce flux. On trouve sans doute, dans les auteurs, un certain nombre de cas, où la production d'une maladie du cerveau, des poumons, etc., ayant soint presque immédiatement la suppression des hémorrhoïdes, on a pu soupçonar celle-ci d'être la cause du mal; et ce qui est plus probant, on a vu quelquefois cette maladie disparaître dès qu'on a eu reproduit le flux supprimé. Mais ces cas sont infiniment plus rares qu'on ne le pense, et, tout le monde en convient, on a extraordinairement exagéré l'influence de cette cause. Il ne faut donc pas se hâter de porter un fâcheux pronostic lorsqu'on voit les hémorrhoïdes se supprimer; mais on ne doit pas laisser d'en surveiller les suites.

Aujourd'hui personne ne voudrait se ranger de l'avis des médecins qui, avec Alberti (1), regardent les hémorrhoïdes comme une cause réelle de longévité. Au reste, les considérations dans lesquelles je suis entré à l'article Épistaxis (t. l'' s'appliquent, sous ce point de vue, aux hémorrhoïdes.

⁽¹⁾ Diss. de hæmorrh. longær, causa.

S VII. - Traitement.

e traitement des hémorrhoïdes est, sans contredit, un des plus riches de toute athologie; mais aussi il n'en est aucun qui ait été étudié avec moins de rigueur s la plupart de ses points. C'est un amas confus d'une multitude de moyens rs, parmi lesquels il faut péniblement chercher ceux qui ont en leur faveur lques résultats de l'expérience. Pour mettre un peu d'ordre dans cet article, loit diviser nécessairement le traitement en traitement curatif des hémorrhoïdes entes ou anciennes, et en traitement des symptômes et des accidents, ou traitent palliatif.

o Traitement curatif de l'affection. — Hémorrhoïdes récentes. Les hémordes récentes sont celles, comme nous l'avons dit plus haut, dont il est le plus le de triompher. Les émissions sanguines ont été mises en usage, dans ce but, les médecins qui avaient l'intention de faire cesser la congestion. La saignée érale est cependant rarement pratiquée, quoique quelques auteurs y aient vu poissant moyen de dérivation. Ce sont les sangsues en assez grand nombre sur ourtour de l'anus qui sont le plus fréquemment employées. Le soulagement qui alte souvent de leur application, et la détuméfaction de la partie inférieure du tum, prouvent que ce moyen ue manque pas d'efficacité. On applique les sangs au nombre de vingt, vingt-cinq ou trente, et l'on y revient à plusieurs reprises, le cas paraît l'exiger. Je n'ai pas besoin d'ajouter que le degré d'action de ce oyen n'a pas été rigoureusement recherché.

Purgatifs. Les purgatifs sont ensuite prescrits pour saire cesser la constipation, il précède presque toujours l'apparition des hémorrhoïdes. Il serait inutile d'inquer ici en détail les purgatifs mis en usage. Qu'il me suffise de dire qu'on entie généralement les purgatifs doux. Mais il est deux substances qui sont purgaes et auxquelles on a en outre attribué presque une vertu spécifique : ce sont le omel et le tartrate de potasse.

Le calomel est principalement prescrit en Amérique et en Angleterre. Montègre e un cas de guérison, par cette substance, d'hémorrhoïdes avec flux énorme, et lement douloureuses, qu'elles causaient des défaillances dans les rues. Le malade vait que dix-sept ou dix-huit ans. Montègre ne paraît pas douter que, dans ce le calomel ait réellement agi comme altérant. Mais l'observation manque des tails les plus importants. On ne sait si les hémorrhoïdes étaient anciennes, si ent le traitement la constipation était opiniâtre, si elle a cessé par suite de diministration du calomel, et en outre on avait mis le malade, pendant dix-huit sis, à la diète lactée, ce qui valait bien la peine qu'on en tînt compte. J'ai cité ce t pour montrer toute la négligence qu'on a apporté à l'examen de ces questions frapeutiques; il me serait facile d'en citer beaucoup de semblables. Et l'on flonne, après cela, que la thérapeutique soit si peu avancée!

Il n'est donc nullement prouvé que le calomel agisse autrement que comme irgatif. On le donne de la manière suivante :

4 Calomel à la vapeur. 0,15 à 0,20 gr. | Sucre en poudre.......... 1 gram. A prendre en deux prises dans la journée.

On renouvelle cette dose tous les jours, s'arrêtant si l'on s'aperçoit que les genives deviennent douloureuses. Le tartrate de potasse agit-il d'une autre manière? C'est ce qui est tout ami douteux. Parmi les auteurs qui ont recommandé ce médicament, il n'en est accur qui ait plus insisté que Hildebrandt (1). Voici comment ce médecin le prescrivation

7 Tartrate de potasse.... 4 gram. Eau de mélisse..... 90 gram. Extrait de gentiane.... 1,25 gram.

A prendre le matin à jeun, et le soir avant de se coucher.

Si les tumeurs sont très considérables et très douloureuses, prescrire cette às trois et même quatre sois par jour.

Si les malades sont sujets au dévoiement, réduire la dose du sel à 1,25 grause. Hildebrandt dit qu'il iguore la manière d'agir de ce remède; mais, je le répotout porte à croire que c'est comme laxatif. Ajoutons d'ailleurs que ce médiu mettait en même temps en usage l'eau froide dont je vais parler.

Ce qu'il y a de curieux dans l'emploi des purgatifs, c'est que, comme nouverrons plus tard, ces médicaments, mis en usage pour faire disparaître les morrhoïdes, le sont aussi pour les rappeler quand elles ont été supprimées. A reviendrai sur ce point.

Boisson, lotions, demi-bains, lavements d'eau froide. Tous ces moyens eté mis en usage; quelques uns par les conseils des médecins, d'autres par la malades. Ce sont surtout les lotions et les bains de siège froids que ces derais ont employés; dans le but de faire cesser un écoulement de sang incompar Mais tous les médecins s'accordent à regarder ces moyens comme très dangers. L'eau froide en boisson n'a probablement d'autre effet que de rendre la défécum plus facile quand elle est prise en assez grande quantité. Les lavements, les intions ou douches ascendantes d'eau froide sont principalement recommandes Montègre, qui, dit-il, aurait pu citer de nombreux exemples de guérison obtense ce moyen; il est fâcheux qu'il ne l'ait point fait. Il ne faut pas que l'eau sont froide. Montègre assure avoir vu des sujets très irritables sur lesquels les mières douches d'eau glacée produisaient une tuméfaction plus grande de le tin. Quand on connaît la marche de la maladie et la difficulté qu'il y a, au comptement de la fluxion hémorrholdale, à l'empêcher d'atteindre un certain der on se demande si l'auteur n'a pas été trompé par de simples apparences.

Astringents. Les astringents agissent dans le même sens que l'eau froide. ma avec plus d'efficacité. Ce sont encore des moyens regardés comme très dangues et qu'on ne conseille de mettre en usage que dans les cas où le flux hémorrheis paraît passif. Mais est-il facile, est-il même possible de reconnaître qu'on paraît passif? Noilà ce qu'il faudrait établir avant de proposer la se dication. L'eau blanche, la solution d'alun à la dose de 4 grammes par 500 grammes d'eau, l'eau vinaigrée, etc., sont principalement employées en lotions.

Tels sont, parmi les moyens recommandés pour saire cesser complétement hémorrhoides récentes, ceux qui méritent d'être mentionnés. On n'attend pub moi sans doute que je rapporte ici les merveilles produites par des substances travariées, portées en amulette. Je veux seulement saire remarquer qu'il n'est april affection qui ait été l'objet d'un aussi grand nombre de cures miraculeuses l'amarche si capricieuse de la maladie, dans certains cas, suffit pour donner l'explar.

⁽¹⁾ Sur les hémorrhoides fermées, trad. de l'allemand, par Marc; Paris, 1804, in-8.

n de tous ces faits si surprenants au premier abord, et nul doute que si quelqu'un sauteurs qui nous ont précédés avait étudié avec méthode les faits soumis à son servation, il n'y eût trouvé la clef de toutes ces guérisons extraordinaires qu'on it rapportées dans plusieurs ouvrages avec beaucoup de complaisance.

Hémorrhoïdes anciennes. Lorsque les hémorrhoïdes sont anciennes, que les aques ont eu lieu à de nombreuses reprises, et que les tumeurs conservent un sez grand volume dans l'intervalle de ces attaques, on ne peut pas espérer d'obsir la guérison radicale à l'aide des moyens précédents; et si, pour un motif elconque, on juge que le malade doit être débarrassé de son mal, il saut nécesirement avoir recours aux opérations chirurgicales.

L'extirpation des hémorrhoïdes n'est pratiquée que lorsque le bourrelet très vonineux empêche la défécation, lorsque ce hourrelet ne peut plus rester dans le ctum, qu'il s'échappe au dehors et entraîne irrésistiblement l'intestin, lorsqu'en mot l'affection est devenue tout à fait insupportable. Je ne décrirai pas ici les érations chirurgicales qu'on pratique en pareil cas, je me contenterai de les diquer (†).

C'est d'abord la ligature des tumeurs, déjà recommandée par Hippocrate et alien, opération aujourd'hui généralement abandonnée par les médecins français cause de sa difficulté, de la douleur très vive qu'elle cause, et surtout des accients mortels auxquels elle peut donner lieu. Cependant plusieurs médecins célèbres, artout en Angleterre, sont loin de partager cette réprobation contre la ligature; t à ce sojet le docteur B. Brodie (2) établit une distinction importante. Pour lui, incision doit être pratiquée lorsqu'il s'agit de tumeurs hémorrholdales externes, mais il faut avoir recours à la ligature pour les tumeurs internes. Dans celles-ci, n effet, suivant cet auteur, les accidents signalés plus haut ne sont pas à craindre, t de plus on n'a pas à redouter l'hémorrhagie interne, accident très grave, dont parlerai plus loin. Il ne m'appartient pas de décider quelle est de ces deux opiions celle qu'on doit adopter. On doit consulter à ce sujet les traités de chirurgie, insi que pour les divers procédés employés dans la ligature des tumeurs.

On a en recours au cautère actuel, et ce moyen a réussi assez souvent, au rapert des auteurs; mais aucun n'a fourni des preuves plus convaincantes que l. Ph. Boyer (3). Il a, en esset, cité des saits très remarquables de guérison d'hémorhoides anciennes, obtenue chez des sujets très affaiblis, à l'aide de la cautérisation par fer rouge. C'est donc un moyen qui sera très utile au praticien, et qui, comme le rouvent les observations de M. Ph. Boyer, n'a pas de danger réel. Voici comment à chirurgien décrit sa manière de procéder chez un de ces malades (obs. Ire):

« Je lui sais, dit-il, donner un lavement, qu'il rend tout de suite, et je prosite de sortie du bourrelet hémorrhoïdal, produite par l'excrétion du lavement, pour saissir es tumeurs. Je mets le malade sur le bord de son lit, dans la position d'un indi-

On sera peut-être surpris de me voir passer sous silence la description de ces opérations, près avoit exposé en détail d'autres procédés chirurgicaux, notamment dans l'histoire de l'épistaxis des croup, Mais en y séliéchissant, on comprendra bientôt les raisons qui m'engagent à agic ainsile me suis imposé la tâche de décrire les opérations chirurgicales, mais seulement lorsqu'elles peutent être tellement urgentes que le médecin doit être à même de les pratiquer aussi bien qu'un chirargien, et c'est ce qui a lieu pour le tamponnement dans l'épistaxis et la trachéotomie dans le croup. Vais l'extirpation des hémorrholdes est une opération qu'on peut prévoir et préparer d'avance.

⁽²⁾ Lond. med. Gaz., loc. cit.

^{3;} Bull. gén. de thér., 1848.

Le tartrate de potasse agit-il d'une autre manière? C'est ce qui est tout aussi douteux. Parmi les auteurs qui ont recommandé ce médicament, il n'en est aucun qui ait plus insisté que Hildebrandt (1). Voici comment ce médecin le prescrivait :

7 Tartrate de potasse.... 4 gram. Eau de mélisse..... 90 gram. Extrait de gentiane.... 1,25 gram.

A prendre le matin à jeun, et le soir avant de se coucher.

Si les tumeurs sont très considérables et très douloureuses, prescrire cette dose trois et même quatre fois par jour.

Si les malades sont sujets au dévoiement, réduire la dose du sel à 1,25 grammes. Hildebrandt dit qu'il ignore la manière d'agir de ce remède; mais, je le répète, tout porte à croire que c'est comme laxatif. Ajoutons d'ailleurs que ce médecia mettait en même temps en usage l'eau froide dont je vais parler.

Ce qu'il y a de curieux dans l'emploi des purgatifs, c'est que, comme nous le verrons plus tard, ces médicaments, mis en usage pour faire disparaître les hémorrhoïdes, le sont aussi pour les rappeler quand elles ont été supprimées. Je reviendrai sur ce point.

Boisson, lotions, demi-bains, lavements d'eau froide. Tous ces moyens ont été mis en usage; quelques uns par les conseils des médecins, d'autres par les malades. Ce sont surtout les lotions et les bains de siége froids que ces derniers ont employés, dans le but de faire cesser un écoulement de sang incommode. Mais tous les médecins s'accordent à regarder ces moyens comme très dangereux. L'eau freide en boisson n'a probablement d'autre effet que de rendre la défécation plus facile quaud elle est prise en assez grande quantité. Les lavements, les injections ou douches ascendantes d'eau froide sont principalement recommandés par Montègre, qui, dit-il, aurait pu citer de nombreux exemples de guérison obtenue par ce moyen; il est fâcheux qu'il ne l'ait point fait. Il ne faut pas que l'eau soit très froide. Montègre assure avoir vu des sujets très irritables sur lesquels les premières douches d'eau glacée produisaient une tuméfaction plus grande de l'intestin. Quand on connaît la marche de la maladie et la difficulté qu'il y a, au commencement de la fluxion hémorrholdale, à l'empêcher d'atteindre un certain degré, on se demande si l'auteur n'a pas été trompé par de simples apparences.

Astringents. Les astringents agissent dans le même sens que l'eau froide, mais avec plus d'efficacité. Ce sont encore des moyens regardés comme très dangereux et qu'on ne sonseille de mettre en usage que dans les cas où le flux hémorrhoidal paraît passif. Mais est-il facile, est-il même possible de reconnaître qu'on pareil flux est réellement passif? Voilà ce qu'il faudrait établir avant de proposer la médication. L'eau blanche, la solution d'alun à la dose de 4 grammes par 500 grammes d'eau, l'eau vinaigrée, etc., sont principalement employées en lotions.

Tels sont, parmi les moyens recommandés pour saire cesser complétement les hémorrholdes récentes, ceux qui méritent d'être mentionnés. On n'attend pas de moi sans doute que je rapporte ici les merveilles produites par des substances très variées, portées en amulette. Je veux seulement saire remarquer qu'il n'est aucune affection qui ait été l'objet d'un aussi grand nombre de cures miraculeuses. La marche si capricieuse de la maladie, dans certains cas, sussit pour donner l'explica-

⁽¹⁾ Sur les hémorrhoides fermees, trad. de l'allemand, par Marc; Paris, 1804, iu-8.

tion de tous ces faits si surprenants au premier abord, et nul doute que si quelqu'un des auteurs qui nous ont précédés avait étudié avec méthode les faits soumis à son observation, il n'y eût trouvé la clef de toutes ces guérisons extraordinaires qu'on voit rapportées dans plusieurs ouvrages avec beaucoup de complaisance.

Hémorrhoides anciennes. Lorsque les hémorrhoides sont anciennes, que les attaques ont eu lieu à de nombreuses reprises, et que les tumeurs conservent un assez grand volume dans l'intervalle de ces attaques, on ne peut pas espérer d'obtenir la guérison radicale à l'aide des moyens précédents; et si, pour un motif quelconque, on juge que le malade doit être débarrassé de son mal, il faut nécessairement avoir recours aux opérations chirurgicales.

L'extirpation des hémorrhoïdes n'est pratiquée que lorsque le bourrelet très volumineux empêche la défécation, lorsque ce hourrelet ne peut plus rester dans le rectum, qu'il s'échappe au dehors et entraîne irrésistiblement l'intestin, lorsqu'en un mot l'affection est devenue tout à fait insupportable. Je ne décrirai pas ici les opérations chirurgicales qu'on pratique en pareil cas, je me contenterai de les indiquer (†).

C'est d'abord la ligature des tumeurs, déjà recommandée par Hippocrate et Galien, opération aujourd'hui généralement abandonnée par les médecins français à cause de sa difficulté, de la douleur très vive qu'elle cause, et surtout des accidents mortels auxquels elle peut donner lieu. Cependant plusieurs médecins célèbres, surtout en Angleterre, sont loin de partager cette réprobation contre la ligature; et à ce sujet le docteur B. Brodie (2) établit une distinction importante. Pour lui, l'incision doit être pratiquée lorsqu'il s'agit de tumeurs hémorrhoïdales externes, mis il saut avoir recours à la ligature pour les tumeurs internes. Dans celles-ci, en esset, suivant cet auteur, les accidents signalés plus haut ne sont pas à craindre, et de plus on n'a pas à redouter l'hémorrhagie interne, accident très grave, dont je parlerai plus loin. Il ne m'appartient pas de décider quelle est de ces deux opinions celle qu'on doit adopter. On doit consulter à ce sujet les traités de chirurgie, ainsi que pour les divers procédés employés dans la ligature des tumeurs.

On a en recours au cautère actuel, et ce moyen a réussi assez souvent, au rapport des auteurs; mais aucun n'a fourni des preuves plus convaincantes que M. Ph. Boyer (3). Il a, en effet, cité des saits très remarquables de guérison d'hémormoides anciennes, obtenue chez des sujets très affaiblis, à l'aide de la cautérisation par le ser rouge. C'est donc un moyen qui sera très utile au praticien, et qui, comme le prouvent les observations de M. Ph. Boyer, n'a pas de danger réel. Voici comment ce chirurgien décrit sa manière de procéder chez un de ces malades (obs. Ir.):

« Je lui sais, dit-il, donner un lavement, qu'il rend tout de suite, et je prosite de la sortie du bourrelet hémorrhoïdal, produite par l'excrétion du lavement, pour saissir les tumeurs. Je mets le malade sur le bord de son lit, dans la position d'un indi-

^{(1.} On sera peut-être surpris de me voir passer sous silence la description de ces opérations, après avoir exposé en détail d'autres procédés chirurgicaux, notamment dans l'histoire de l'épistaxls et du croup, Mais en y réfiéchissant, on comprendra bientôt les raisons qui m'engagent à agir ainsile me suis imposé la tâche de décrire les opérations chirurgicales, mais seulement lorsqu'elles peuvent être tellement urgentes que le médecin doit être à même de les pratiquer aussi bien qu'un chirurgien, et c'est ce qui a lieu pour le tamponnement dans l'épistaxis et la trachéotomie dans le croup. Mais l'extirpation des hémorrhoïdes est une opération qu'on peut prévoir et préparer d'avance.

⁽²⁾ Lond. med. Gaz., loc. cit.

⁽³⁾ Bull. gén. de thér., 1848.

vidu qu'on veut opérer d'une fistule à l'anus, et saisissant successivement avec les doigts de la maiu gauche les tumeurs, que je tire légèrement pour les saillir davantage, je traverse celles d'en bas d'abord, puis celle d'en haut, avec une aiguille enfilée d'un fil double, comme si je voulais les exciser. Le but de cette manœuvre opératoire est d'empêcher les tumeurs de rentrer dans l'ampoule anale, lorsque la douleur engage le malade à serrer l'anus. Faisant tirer et maintenir les sils en dehors par deux aides, je prends un cautère en roseau, chaussé à blanc, je l'introduis dans l'anus, et, disant aux aides de lâcher un peu les fils, je laisse ainsi retomber les tumeurs sur le cautère. Celui-ci a été poussé dans la cavité anale à une profondeur de 3 à 4 centimètres. Je le laisse en place jusqu'à ce qu'il devienue noir. Je répète deux autres sois cette intromission, et je termine en plaçant sur l'orifice anal un cautère conique à sommet tronqué, chauffé à blanc. Cette dernière partie de la cautérisation a pour but de détruire la peau de l'anus qui concourt à la formation du bourrelet hémorrhoïdal. Dans l'opération, j'ai eu le soin de détruire les tumeurs jusqu'à ce que je sois arrivé aux fils qui les traversent. Cette cautérisation a été très douloureuse. Immédiatement après, je mets sur l'anus des compresses imbibées d'eau froide. Le malade a été tranquille dans la journée; la douleur s'est calmée peu à peu. »

Les conséquences immédiates de cette opération sont une douleur assez vive qui va rapidement en s'amendant; une plus ou moins grande difficulté d'uriner, ordinairement de la fièvre, parsois même un peu de délire; mais, dans les cas cités par M. Boyer, ces accidents se sont dissipés en peu de jours, et la guérison a été complète.

L'emploi des caustiques, tels que les acides, le chlorure d'antimoine, etc., est abandonné; car, outre la douleur qu'ils causent, il est dissicile d'en borner les essent, et l'on peut atteindre le rectum et les tissus environnants.

- M. le docteur Alex. Ure (1) a obtenu la guérison de tumeurs hémorrhoïdales ulcérées en les barbouillant avec de l'acide chromique.
- M. Amussat emploie, pour la guérison radicale des hémorrhoïdes, la cautirisation avec le caustique de Vienne, et, pour cela, il a fait construire un instrument particulier. Voici la description de son procédé, que j'emprunte au mémoire qu'il a publié (2) et à l'extrait d'un article de la Gazette des hôpitaux où il est exposé (3).
- « M. Amussat a imaginé, pour la cautérisation des hémorrhoïdes internes, un procédé nouveau qui nous paraît appelé à rendre désormais exécutable une opération devant laquelle la plupart des chirurgiens reculaient jusqu'ici à cause de ses dangers. Le procédé consiste à étreindre entre les mors d'une pince chargée de caustique de Vienne, le pédicule ou la base de l'hémorrhoïde, qui tombe au bout de quelques jours, slétrie et gangrenée. L'instrument dont M. Amussat se sert pour pratiquer cette opération est composé de deux branches semblables inférieurement à celle d'une pince à disséquer, mais bisurquées dans leur tiers supérieur. Cette bisurcation supporte deux cylindres droits, creux, de 6 centimètres de long et de 5 millimètres de diamètre. Au moyen d'une lame demi-circulaire, qui re-

⁽¹⁾ Journ. des conn. méd.-chir., mai 1845, p. 246.

⁽²⁾ Mém. sur la destruction des hémorrh, par la cautéris, circul, de leur pédicule atec le caust, de potasse et de chaux; Paris, 1846, in-8.

⁽³⁾ Gaz. des kóp., janvier 1840.

couvre à volonté la rainure qu'ils présentent, lame qui se manœuvre au moyen de deux petits anneaux, le caustique peut être mis à l'abri du contact de l'air exténieur, ou des parties sur lesquelles est appliqué le cylindre, ou en contact avec ces parties. Un écrou, courant sur une vis courbe, permet de rapprocher les deux branches, et, par conséquent, les deux cylindres l'un de l'autre, et d'exercer sur les parties qu'ils comprennent une compression aussi forte que l'opérateur le désire.

- · Voici comment on se sert de cet instrument : une fois l'hémorrhoïde saisie, on serre l'écrou, on découvre le caustique coulé dans les rainures ou goutfières des cylindres (caustique de Vienne, chaux et potasse); et pendant que l'instrument agit à la fois par compression et par cautérisation, un jet d'eau froide, dirigé avec une seringue sur l'hémorrhoïde, enlève le superflu du caustique et amortit la sensation de brûlure.
- » M. Amussat a déjà appliqué trois fois ce procédé; et, chaque fois, un succès complet et rapide a couronné cette heureuse tentative. Dans l'un de ces cas, il s'agissait de quatre tumeurs hémorrhoïdales volumineuses, datant de plusieurs années, et qui avaient déjà miné une très forte organisation; ces tumeurs furent détruites en deux fois, sans qu'il survînt aucun accident. Grâce à cet instrument, il est permis d'espérer, avec M. Amussat, qu'à l'avenir la cautérisation des tumeurs hémorrhoïdales internes sera désormais d'une application aussi sûre que facile. »

On a proposé, après Galien, de réunir la ligature à l'excision, c'est-à-dire de bet d'abord les tumeurs et de les exciser ensuite. Mais cette pratique, qui n'au-nit d'autre avantage que de s'opposer à l'hémorrhagie, est abandonnée, parce qu'on a des moyens plus efficaces de prévenir cet accident.

C'est l'excision seule qui est aujourd'hui mise en usage, et l'on trouve dans tous les traités de pathologie la manière fort simple de la pratiquer. Mais il est une question que je ne dois pas passer sous silence: Faut-il enlever toutes les tumeurs, ou en laisser une, comme le voulait Hippocrate, dont l'opinion a été partagée ensuite par la plupart des médecins? Montègre se prononce contre cette pratique, par la raison que ce n'est pas ordinairement par les tumeurs, mais par la membrane unuqueuse que s'écoule le sang. Mais, ainsi que nous l'avons vu plus haut, cette question ne peut être résolue ainsi. Les recherches modernes ont, en effet, prouvé que c'est bien par la rupture des tumeurs, ou du moins par leur surface, que se fait jour le flux hémorrhoïdal. Toutefois on n'hésite pas à enlever toutes les tumeurs, parce qu'on peut ensuite remédier, par l'application des sangsues, à la suppression du flux. Les mêmes raisons avaient engagé quelques chirurgiens à extirper les tumeurs les unes après les autres; mais, ainsi que nous venons de le voir, elles sont regardées comme ayant peu de valeur.

Hémorrhagie consécutive. L'accident le plus grave qui puisse résulter de l'excision, surtout quand il s'agit d'hémorrhoïdes internes, c'est l'hémorrhagie. Cette hémorrhagie peut donner lieu à un écoulement de sang au dehors; mais en même temps ce liquide s'accumule dans l'intérieur du rectum, et il y a alors à la fois hémorrhagie interne et externe. Il n'est pas rare de voir l'hémorrhagie interne exister seule.

Le malade a la première conscience de l'écoulement de sang dans le rectum, lorsqu'il sent une chaleur douce dans le bas-ventre, bientôt suivie de la distension

de l'organe. Toutesois ces phénomènes n'excitent pas ordinairement l'alarme, et l'on ne songe à l'hémorrhagie que lorsque surviennent les horripilations, le sroid des extrémités, la pâleur de la sace, les sueurs, en un mot les symptômes généraux de l'hémorrhagie interne, que nous avons eu souvent occasion de signaler. Je ne peux mieux saire, pour indiquer les moyens propres à remédier à cet accident, que de transcrire ici le passage que M. Bérard leur a consacré (1).

TRAITEMENT DE L'HÉMORRHAGIE CONSÉCUTIVE.

- « On prescrit au malade de faire des efforts de défécation pour évacuer les caillots; on administre des lavements froids, rendus astringents par l'addition de l'alua en dissolution, ou de la décoction de tan, de noix de galle. On administre en même temps à l'intérieur les astringents usités dans les cas analogues. On peut encore poser sur le point saignant, qui est amené au déhors par les efforts de défécation, une dissolution d'alun, du sulfate de fer ou de cuivre, que l'on applique soit avec un pinceau, soit avec des boulettes de charpie. Lorsque ces moyens sont insuffisants, il faut recourir sans délai à la cautérisation ou au tamponnement.
- » On a conseillé d'employer la cautérisation immédiatement après l'excision, afin de prévenir l'hémorrhagie. Mais comme cette pratique n'est point elle-même sans inconvénients graves, il vaut mieux attendre que le besoin s'en sasse sentir, en ayant soin toutesois de suivre avec sollicitude les phénomènes qui succèdent à l'opération, et de préparer à l'avance tout ce qui peut être nécessaire pour opérer la cautérisation avec la plus grande promptitude, dès que les premiers symptômes d'hémorrhagie se manisestent. On pratique la cautérisation avec le ser rouge introduit au moyen d'un spéculum.
- » Tamponnement. Lorsqu'on agit assez promptement, il est rare que le tamponnement, convenablement pratiqué, ne suffise pas pour arrêter l'hémorrhagie.

 J.-L. Petit tamponnait au moyen d'un gros bourdonnet de charpie lié par deux ûls croisés dont les chefs ressortaient par l'anus. Ce bourdonnet était enfoncé aussi haut que possible dans le rectum; entre les quatre liens, il plaçait en dehors de l'anus un bourdonnet volumineux et résistant sur lequel il les nouait, de telle sorte que les parties saignantes se trouvaient comprimées entre le tampon intérieur, amené en bas, et l'extérieur porté en haut. L'appareil était complété par des compresses épaisses et un bandage en T.— Boyer s'est servi avec succès d'un morceau de toile carré dont il enfonçait le milieu dans l'intestin. Au centre de la bourse ainsi formée, il entassait une quantité suffisante de charpie; puis, tirant à lui les chefs de la compresse, il en amenait le fond, ainsi que la masse qui l'emplissait, coutre l'anus, de manière à comprimer avec force les parties intéressées dans l'opération. Dupuytren a employé avec autant d'avantage une vessie introduite dans le rectum et remplie de la même manière.
- » M. Bégin (2), considérant que ces procédés présentent le grave inconvénient de retenir dans l'intestin les gaz et les matières stercorales, donne le conseil de se servir d'une canule en argent ou en gomme élastique, longue de six à huit pouces, ouverte à ses deux extrémités, et garnie d'une chemise de toile convenablement large, semblable à celle dont se servait Dupuytren contre les hémorrhagies pro-
 - (1) Bict. de méd., t. XV, art. Hémorrhoides.
 - (2) Dict. de méd. et de chir. prat., art. Hémonnsoides.

soment, dit-il, on peut tamponner le rectum avec autant de force que d'exactitale, en même temps que les excisions gazeuses conservent leur liberté, et que l'on peut même porter dans l'intestin les injections nécessaires pour calmer son imitation, ou entraîner les matières qui l'emplissent.

Dupuytren (1) a proposé, pour éviter l'hémorrhagie qui suit l'incision, de ne point les extirper à leur base, et de n'en enlever qu'une portion saillante en dehors. En agissant ainsi, on laisse en apparence, dit-il, une masse assez considérable à la marge de l'anus qui pourrait faire croire qu'on n'a point emporté une quantité suffisante du bourrelet; mais avec la cicatrisation tout rentre dans l'ordre, et l'ouverture revient à l'ordre normal; car on n'a pas à craindre, comme dans l'extirpation complète, un rétrécissement consécutif de l'anus.

Enîn, pour obvier à l'accident qui vient d'être indiqué. MM. Jobert (2) et Velpeau (3) ont proposé des procédés particuliers. Voici d'abord celui de M. Jobert: « Après avoir, dit-il, par l'administration d'un lavement, ou en faisant faire au malade des efforts de défécation, provoqué l'issue des tumeurs hémorrhoidles, je les saisis avec des pinces érignes de manière à les maintenir au dehors pendant tout le temps nécessaire à l'opération; avec un bistouri convexe, conduit en dédolant de dedans en dehors, je les divise lentement, et à mesure qu'un vaistem fournit du sang, j'en opère la ligature au moyen d'un fil simple; mais pour prévenir l'hémorrhagie consécutive, il est nécessaire non seulement de le toutes les artères, mais encore toutes les veines un peu considérables. Si, lorsqu'au bout d'un certain temps, la crispation causée par la douleur ayant cessé, et le cœur ayant repris sa force d'impulsion, la plaie épongée ne fournit plus de sang, on peut alors l'abandonner à elle-même sans crainte; une hémorrhagie consécutive est impossible. »

PROCÉDÉ DE M. VELPEAU.

Espérant, dit M. Velpeau, éviter mieux l'hémorrhagie, l'inflammation et l'infection purulente, j'ai imaginé de réunir les plaies de l'excision des tumeurs ou des bourrelets hémorrhoïdaux, par première intention. Pour cela, je fixe au dehors, avec une érigne, chaque tumeur à enlever, et j'en traverse la racine avec un nombre suffisant de fils. Coupant aussitôt les tissus au devant avec le bistouri ou de bons ciseaux, je n'ai plus qu'à saisir successivement tous les fils pour les nouer et compléter autant de points de suture simple. Les mèches, le tamponnement, sont alors inutiles, et la guérison est souvent complète du dixième au quinzième jour.

Un autre accident résultant de l'excision, et qui, dans quelques cas, est fort grave, aété signalé par M. J. Burne: c'est la cicatrisation incomplète. Il en résulte, surtout pendant les efforts de la défécation, des douleurs très violentes, qui, ainsi que l'a remarqué cet auteur, peuvent rendre l'existence insupportable. Pour s'opposer à cette conséquence fâcheuse, il faut avoir soin, après les jours qui suivent l'opération, de tenir le ventre libre, d'empêcher, à l'aide de lavements, le contact irri-

⁽¹⁾ Lecons orales, t. I, p. 348.

⁽¹⁾ Gaz. méd. de Paris, 1840.

⁽³⁾ Nous. elem. de méd. opératoire; Paris, 1839, t. 111, p. 795.

tant des matières fécales, et de favoriser la cicatrisation à l'aide de pommades astringentes.

Il faut en outre indiquer, comme pouvant être la conséquence de l'excision, le rétrécissement du rectum signalé en particulier par J.-L. Petit et Boyer. Ce dernier a réussi à le faire disparaître en pratiquant plusieurs incisions au pourtour de l'anus, et en dilatant ensuite à l'aide des mèches.

La simple incision a également été proposée, ainsi que la rescision; mais ces moyens ne sont pas généralement adoptés. M. P. Bérard a appliqué au traitement des hémorrhoïdes une opération mise en usage par Dupuytren contre la chute du rectum : c'est l'excision des plis radiés de l'anus, et il l'a fait, dit-il avec succès dans plusieurs cas. M. Laugier (1) a également mis ce procédé en usage dans un cas d'hémorrhoïdes avec chute du rectum, et, six mois après, la malade était complétement guérie, quoiqu'à son entrée à l'hôpital Beaujon le bourrelet hémorrhoïdal fût énorme. Voici comment M. Bérard explique la disparition des tumeurs: « On peut, dit-il, s'expliquer ce fait, en pensant que l'inflammation traumatique qui suit l'excision des plis de l'anus, venant à se propager au tissu cellulaire qui double la membrane sujette au renversement, ce tissu, comme il arrive constamment par le travail inflammatoire, perd sa laxité, sa souplesse, et tient accolée aux parois du rectum la membrane qu'il double. Cet effet se fait sentir aux tumeurs hémorrhoïdales qui, retenues à l'intérieur du rectum, ne sont plus entraînées dans la chute de cet intestin. »

Quel que soit le procédé que l'on ait mis en usage, il faut ensuite, pour assurer la solidité de la guérison, avoir recours à différents moyens qui consistent dans l'emploi local des remèdes astringents, et dans l'usage de légers laxatifs, en même temps qu'on insiste sur un régime sévère, et qu'on prévient le rétrécissement de l'anus par l'introduction des mèches. Voici la pommade que le docteur Smith (2) vante comme très utile en pareil cas:

```
24 Axonge...... 30 gram. Opium en poudre..... 4 gram. Onguent mercuriel..... 8 gram. fine..... 4 gram.
```

On fait avec cette pommade des frictions matin et soir sur l'anus, et l'on en introduit une petite quantité dans le rectum.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que, malgré toutes les précautions précédentes, il faut toujours veiller à ce que la suppression du flux hémorrhoïdal ne détermine pas d'accidents, car c'est une précaution commune à tous les traitements curatifs. Nous verrons quels seront en pareil cas les moyens à prendre lorsqu'il s'agira de la suppression des hémorrhoïdes. Je n'ai pas cru devoir parler de la compression, qui est aujourd'hui généralement abandonnée.

2° Traitement palliatif. Les nombreux accidents qui sont occasionnés par les hémorrhoïdes demandent ordinairement à être traités chacun en particulier.

Traitement de la douleur. Le premier de tous est la douleur. On a, contre cette douleur, mis en usage un très grand nombre de préparations diverses, dont les principales consistent dans des pommades où l'on incorpore, à des doses assez

⁽¹⁾ Journ. de méd. et de chir. prat., 1840.

⁽²⁾ North Amer. Arch.; Baltimore, avril 1835.

considérables, des médicaments norcotiques. On pourra par conséquent mettre en usage les suivantes :

* Extrait d'opium...... 4 gram. | Axonge...... 30 gram.

Mèlez exactement. Faire de légères frictions sur l'anus plusieurs sois dans la journée, et introduire un peu de cette pommade dans le rectum.

Une même dose d'extrait de jusquiame, de belladone, sait la base des autres pommades.

On a recommandé aussi l'onguent populeum avec ou sans addition d'opium, des suppositoires en beurre de cacao, des suppositoires calmants, le suivant, par exemple:

2 Opium 0,10 gram. | Savon 0,40 gram.

F. s. a. un petit suppositoire qu'on introduit dans le rectum.

Je citerai de plus le liniment sédatif de Buchan, ainsi composé:

2 Onguent populeum 60 gram. Jaunes d'œuss frais........... n° 2. Laudanum liquide...... 16 gram.

Imbibez des bourdonnets de charpie de ce liniment, et appliquez les sur les hémorrhoïdes douloureuses.

Mais il ne faut pas oublier que la douleur, souvent excessive, qui résulte des bémorrhoïdes, est produite soit par la simple distension et par l'afflux du sang, soit par une inflammation réclle. Aussi voit-on bien souvent les moyeus précédents manquer complétement leur effet. Lorsqu'il n'y a pas d'inflammation réclle, que les symptômes sont simplement le résultat de la congestion, on y remédic par l'application des sangsues, par la ponction ou l'incision des tumeurs, et par l'application des émollients aidés de doux minoratifs et d'une diète assez sévère. Les sangsues doivent être appliquées en assez grand nombre pour opérer une déplétion notable; vingt, vingt-cinq seront employées, et à plusieurs reprises si le cas l'exige. Des médecins ont proposé d'appliquer ces sansgues sur les fumeurs hémorrhoïdales elles-mêmes; mais, comme le fait remarquer en particulier B. Brodie, cette application est très douloureuse, et il peut en résulter une inflammation assez vive : aussi la plupart des médecins appliquent-ils les sangsues autour des tumeurs hémorrhoïdales.

Une incision peu étendue, faite sur les tumeurs avec la pointe d'une lancette, procure une évacuation sanguine dont les résultats sont de faire cesser la tuméfaction, et par suite la douleur. C'est sur les points saillants et comme demi-transparents qu'on doit pratiquer ces petites moucheturés, car c'est là que le sang est accumulé dans les cellules dont nous avons parlé plus haut. Brodie propose de remplacer cette incision par des piqures saites avec une aiguille, de manière à pénéter au centre de la tumeur ou à la transpercer. Il n'est pas rare de voir, après cette piqure, le sang jaillir avec une certaine sorce. Les cataplasmes émolsients ou laudanisés doivent être ajoutés à ce traitement; mais il ne saut pas surtout oublier la position : le malade doit être couché, le siège un peu élevé, de manière à ce que le sang n'assure pas vers le rectum.

Il est un autre moyen mis en usage contre la douleur, et que j'ai voulu indiquer à part, parce qu'il ossre quelque chose de particulier : c'est la pommade proposée par le docteur Burne, et qui est ainsi composée :

Ce qu'il y a de particulier dans l'emploi de cette pommade, c'est qu'il en résulte promptement une très grande augmentation de la douleur; mais, aissi que l'a observé M. Burne, cette exaspération n'est que momentanée, et au bout d'une demi-heure elle a disparu on considérablement diminué.

Traitement de l'inflammation. Lorsque la tumeur est due à une inflammation, c'est celle-ci qu'il faut combattre, et pour cela le traitement se présente naturellement. Les sangsues, comme dans le cas précédent, mais en plus grand nombre, la saignée générale, les bains tièdes, les applications émollientes, les cataplasmes laudanisés, etc., doivent être mis en usage, ainsi qu'on le fait dans tous les cas d'inflammation locale. Sous ce rapport, les hémorrholdes ne présentent rien qui leur soit propre.

Il est quelques médicaments qu'on applique à tous les cas où la douleur est vive, et souvent sans s'informer de la cause de cette douleur. Je citerai en particulier la pâte de Ward, dans laquelle le docteur Brodie a une très grande consiance. Cette pâte est ainsi composée :

On en prend, gros comme une noisette, trois ou quatre fois par jour.

Sir Év. Home ayant administré cette pâte à un de ses malades, celui-ci, au lieu de la prendre par la bouche, en introduisit une assez grande quantité dans le rectum, et cette pratique eut un tel succès, que ce médecin continua à la mettre en usage.

Le poivre cubèbe et le baume de copahu ont été administrés dans le même but. Le premier est donné à la dose de 1,25 grammes deux ou trois fois par jour, et le second, recommandé par le docteur Brodie, est joint de la manière suivante à la liqueur de potasse (mélange de 360 grammes de sous-carbonate de potasse et de 180 grammes de chaux vive, sur lesquels on jette 4 litres d'eau distillée bouillante):

```
2 gram. | Mucilage de gomme adragante. 4 gram. | Liqueur de potasse..... 15 goutt. | Eau de cannelle....... 30 gram. | A prendre en trois doses dans la journée.
```

Je ne multiplierai pas ces citations; je serai seulement remarquer que ces diverses préparations ont des propriétés excitantes marquées, et que tout porte à croire qu'on aurait très grand tort de les mettre en usage dans les cas où il y aurait une inflammation d'une certaine intensité. Cependant la pâte de Ward a une telle réputation en Angleterre, qu'ou la prescrit, ainsi que je l'ai dit plus haut, dans presque tous les cas sans distinction.

Traitement du flux hémorrhoïdal. Le flux hémorrhoïdal, lorsqu'il ne dépasse pas certaines limites, est toujours respecté. Nous avons vu même, d'après plusieurs observations citées plus haut, que, lorsqu'il offre une grande abondance, il ne faut pas trop se hâter de l'arrêter; car, quoiqu'on ait évidemment exagéré la quantité de sang que les malades out pu perdre sans en être incommodés, il est certain qu'on ne peut pas d'avance assigner les limites dans lesquelles la perte de

ang peut avoir lieu sans être sâcheuse. Le médecin en juge sacilement d'après l'état dans lequel se trouve le malade. S'il conserve sa sorce, s'il ne pâlit pas, si le pouls n'est pas déprimé, etc., on ne doit pas se presser d'arrêter l'hémorrhagie; mais si le contraire avait lieu, il saudrait employer des moyens propres à modérer le slux hémorrhoïdal ou à le supprimer complétement. Dans le premier cas, le repos absolu, le décubitus dorsal, le bassin étant notablement élevé, une diète serère, des boissons acidulées surtout avec les acides minéraux (voy. Épistaxis) et à une température basse, les demi-bains frais, les injections, les douches ascendantes froides, les lotions avec l'eau blanche, l'eau de Goulard, etc., modèrent promptement le slux trop abondant. Le docteur J. Burne met en usage, en pareil cas, le mélange suivant :

Prendre cette dose deux ou trois fois par jour.

On peut remplacer, dans cette préparation, la térébenthine par le baume de copahu, et l'on peut voir d'ailleurs ce que j'ai dit plus haut de cette substance.

Enfin les divers moyens antihémorrhagiques, tels que l'extrait de ratanhia à la dose de 4 ou 6 grammes dans une potion, le seigle ergoté en poudre, à la dose de 3 grammes par jour, pris en trois sois, ou bien en insusion, le tannin, etc., complètent le traitement.

Mais si l'hémorrhagie était assez abondante pour compromettre les jours du mabde, il faudrait nécessairement mettre en usage des moyens plus efficaces. Dans un ca semblable, Scultet (1) eut recours au cautère actuel, appliqué sur les tumeurs, et obtint un succès très prompt. Les autres caustiques peuventêtre également employés; mais on doit se rappeler à cet égard les réflexions que j'ai présentées plus baut à l'occasion de ces médicaments. Si malgré tous ces moyens l'hémorrhagie persistait, il ne faudrait pas hésiter à pratiquer l'ablation des tumeurs par une des spérations précédemment indiquées.

Quoique l'hémorrhagie n'entraîne pas les dangers que je viens de signaler, elle peut cependant, par ses retours fréquents et par sa persistance, jeter les malades dans un état ané mique assez grave. En pareil cas, après avoir, par les moyens qui viennent d'être mentionnés, modéré ou supprimé l'écoulement de sang, il faut nettre en usage les moyens propres à combattre l'anémie, les accidents nerveux et les troubles digestifs qui en sont la conséquence. Mais cette espèce d'anémie ne présentant rien de particulier, je dois renvoyer pour son traitement à l'article spécial, dans lequel j'ai traité de cette affection (2).

Traitement des fissures et des ulcérations. Une autre complication des hémorthoides, c'est, comme nous l'avons vu plus haut, la production de fissures, d'ulcérations qui causent une douleur plus ou moins vive, qui donnent lieu ordinairement à un éconlement blanc par l'anus, et qui quelquesois déterminent l'hémorrhagie dont nous venons de parler. S'il existe une ou plusieurs fissures, elles doivent être traitées par les moyens dirigés contre cette affection. Cependant je dois dire qu'en pareil cas on n'est pas porté à recourir aux diverses opérations proposées par les

il) Arsenal de chirurgie, p. 217.

²⁾ Voy. Anemie, t. 11.

a uteurs. On emploie surtout les pommades, comme la pommade à l'extrait de belladone, d'opium, etc. Une préparation qui m'a complétement réussi chez un sujet, et qui se rapproche de celle que Dupuytren employait contre la fissure simple, est la suivante:

2 Carbonate de plomb...... 3 gram. | Axonge............. 30 gram.

Mèlez exactement. Pour onctions sur la fissure, deux ou trois fois par jour, surtout après l'acte de la défécation.

La même pommade pourrait être employée contre les ulcérations superficielles du sommet des tumeurs; mais si celles-ci donnent lieu à une hémorrhagie trop considérable, comme on l'observe quelquesols, il saut, ainsi que le recommande M. Bérard, exciser, avec des ciseaux courbes sur le plat, le sommet de ces tumeurs ainsi ulcérées.

Traitement de la chute du rectum. Lorsque les tumeurs sont anciennes; elles entraînent, avons-nous dit, pendant les efforts de la défécation, l'intestin relâché, et produisent une chute du rectum. Les malades se contentent ordinairement alors de faire rentrer les tumeurs en les comprimant. Mais si les désordres sont très considérables, il peut arriver que le bourrelet hémorrholdal ne puisse plus être contenu dans le rectum, et qu'il s'échappe au dehors au moindre mouvement. C'est pour obvier à cet inconvénient qu'on a imaginé divers bandages qui tous ont pour pièce principale une pelote ovale destinée à presser sur l'anus. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'iusister davantage sur ce point. J'ajouterai seulement, d'après une observation de M. Guyot (1), que la compression continue, exercée par un de ces bandages, a suffi, dans un cas, pour opérer la guérison complète d'hémorrholdes fort graves.

Traitement du bourrelet hémorrhoidal étranglé et de la gangrène consécutive. Il peut arriver aussi, comme nous l'avons vu, que le bourrelet hémorrhoidal, sorti pendant l'acte de la défécation, ne puisse plus rentrer, et se trouve étranglé. Si l'on est appelé promptement, on doit espérer de pouvoir pratiquer la réduction, et l'on doit se hâter de le faire. Pour cela on commence par appliquer sur la tumeur des compresses imbibées d'eau froide, et lorsque les tissus paraissent un pen contractés, on fait placer le malade sur les genoux et sur les coudes, et l'on exerce sur la tumeur une compression douce que l'on augmente graduellement. La rentrée des tumeurs est favorisée par des onctions d'huile ou d'un autre corps gras faites à leur surface.

« Au moment, dit M. Bérard, où la tumeur, franchissant l'anus, tend à remonter comme spontanément, le chirurgien doit recommander au malade de retenir autant que possible tout effort de défécation, pour éviter la sortie immédiate du hourrelet par suite de ces efforts qui sont en partie involontaires; et pour que la réduction soit plus complète, le chirurgien doit suivre avec le doigt la masse déplacée à mesure qu'elle se replace dans le rectum. Le doigt, introduit aussi profondément que possible, devra être conservé dans cette position, jusqu'à ce que l'irritation causée par l'opération elle-même ait en partie cessé, et que le volume de la tumeur ait encore diminué par l'effet de cette pression et la cessation de l'étranglement. Alors on retire le doigt lentement avec précaution, et l'on applique rapidement sur l'anus et

⁽¹⁾ Arch. gen. de méd., 2º serie, 1836. t XII. p. 447.

le périnée une éponge fine imbibée d'eau froide et d'une solution d'opium. Cette éponge sera maintenue en place par le malade lui-même, qui, par ce moyen, exercera une compression sur la région anale, jusqu'à ce qu'il ne sente plus se reproduire les efforts qui menacent de déplacer de nouveau les tumeurs. Après cette opération, lorsqu'on pense qu'il est nécessaire de provoquer une selle, ce qu'on ne doit jamais attendre trop longtemps, un lavement d'eau froide est ce qui convient le mieux. Le malade évitera toute espèce d'effort, et si un nouveau déplacement vient à s'opérer, il devra faire immédiatement des lotions froides sur la tumeur, se placer sur le dos, et opérer la réduction.

M. Hake (1) recommande, lorsqu'on a fait rentrer le paquet hémorrhoïdal, de le maintenir en place en rapprochant les sesses au moyen de bandelettes agglutinatives. C'est une précaution qu'il ne saut pas négliger.

Mais il arrive assez souvent, soit que le médecin soit appelé trop tard, soit que le malade ne veuille pas se soumettre à une manœuvre très douloureuse, que le bourrelet ne rentre pas. C'est alors que survient la gangrène dont nous avons parlé plus haut. En pareil cas, il faut surveiller attentivement la tumeur, mettre en usage la saignée générale plus ou moins répétée, d'abondantes saignées locales par les sangsues, maintenir toujours sur le bourrelet étranglé des fomentations et des cataplasmes émollients. Sous l'insluence de ce traitement, les tumeurs peuvent s'assisser, devenir moins douloureuses et rentrer. On atteint encore plus sacilenent ce but en pratiquant sur elles des mouchetures, des piqures avec une aiguille, de manière à les vider, autant que possible, du sang qu'elles contiennent. Si, malgré tous ces moyens, la gangrène se produisait, il ne faudrait pas se hâter, comme k voulait Ledran, d'extirper le bourrelet hémorrhoïdal; il arrive presque toujours, en esset, que la partie la plus saillante de ce bourrelet tombe en gangrène sous forme de détritus grisâtre, brunâtre ou verdâtre, et qu'après avoir sait l'excision de ces parties mortifiées sans qu'il survienne aucune hémorrhagie, on voit rentrer les tumeurs, qui parsois même ne se reproduisent plus. Si toutesois la marche de la gaogrène faisait craindre que les parties profondes ne fussent envahies, on ne devrait pas hésiter à pratiquer l'ablation complète du bourrelet.

Traitement de la leucorrhée anale. Quant à ce qu'on a appelé hémorrhoïdes blanches et leucorrhée anale, j'ai peu de chose à en dire; car, si elles sont liées aux alcérations dont j'ai parlé plus haut, c'est le traitement propre à celles-ci qu'il faut mettre en usage; et si elles sont dues seulement à une inflammation chronique de la muqueuse, de légères cautérisations avec une solution de nitrate d'argent, des lotions avec de l'eau alumineuse, etc., sont, comme chacun sait, les moyens employés en pareil cas.

Moyens divers. J'ai indiqué jusqu'à présent les principaux moyens propres à guérir les hémorrhoïdes ou à combattre les symptômes qui viennent les compliquer. Je pourrais en ajouter beaucoup d'autres dont quelques uns ont joui d'une très grande réputation; mais l'efficacité de ces médicaments n'étant pas suffisamment appuyée sur les saits, il n'y aurait pas grand avantage à multiplier les citations. Je me contenterai donc d'indiquer ce qui suit.

Sous le nom de suppositoire antihémorrhoïdal, on a désigné la préparation suivante:

^{1.} Lond. med. Gaz., 1848.

Le charhon de liége agit-il en pareil cas? et s'il agit, quelle est son action? C'est ce qu'il ne nous est pas permis de dire.

Le docteur Wardieworth assure avoir guéri un bon nombre d'hémorrhoïdes, ou du moins avoir fait disparaître complétement les principaux accidents par l'usage de la poix noire à la dose suivante :

24 Poix noire..... 0,70 gram.

Pour 12 pilules. A prendre 2 chaque soir, en ayant soin de maintenir le ventre libre.

Le docteur Demetri a proposé la pommade qui suit contre les hémorrhoides externes :

Plusieurs onctions par jour. Faites laver peu après avec l'eau de guimauve.

On voit, d'après ces citations, combien il serait inutile d'insister sur ces détails.

Moyens pour rappeler les hémorrhoïdes supprimées. Il est une question très importante qu'on ne peut s'empêcher de traiter en détail. Lorsque, après la suppression, soit spontanée soit provoquée, les sujets présentent quelques accidents que l'on peut rapporter à cette suppression du flux hémorrhoïdal, on s'efforce de rappeler celui-ci. Sans doute on a, comme je l'ai dit plus haut, beaucoup exagéré l'influence de cette suppression, et c'est très gratuitement qu'on lui a attribué l'apparition d'un bon nombre de maladies, telles que le rhumatisme, les affections de poitrine, etc.; mais on conçoit très bien que, dans un certain nombre de cas, la cessation rapide d'un flux auquel l'économie est habituée donne lieu à des troubles considérables de l'organisme.

Pour rappeler la fluxion hémorrhoidale, on a eu, comme je l'ai dit, principalement recours aux purgatifs, et en particulier à l'aloès. La formule employée par Dupuytren est la plus simple, et, par conséquent, je dois l'indiquer ici:

Dupnytren a mis en usage avec succès cette pommade dans plusieurs cas, et principalement chez un sujet affecté d'ophthalmie.

Pinel recommandait l'emploi de l'aloès succotrin à l'intérieur, et voici sa sormule, légèrement modifiée par M. Requin (1) quant à la quantité :

Faites 20 pilules. A prendre de 5 à 10, le soir avant de se coucher.

M. Trousseau (2) a cité plusieurs cas dans lesquels il a réussi à rappeler les tumeurs hémorrhoïdales à l'aide du médicament suivant :

¹¹ Elem. de path. méd., 1, 1, p. 101.

⁽²⁾ Journ. des conn. med.-chir.

3 Bourre de cacao ou suif.... 4 gram. | Tartre stibié..... 0,10 à 0,30 gram.

F. s. a. un suppositoire qu'on introduit dans le rectum.

Les moyens que je viens d'indiquer sont loin de réussir toujours à rappeler le fux hémorrhoïdal et les tumeurs. En pareil cas, il faut en employer d'autres pour obvier aux inconvénients de la suppression. Les sangsues aux cuisses, aux lombes, entre les épaules, des ventouses scarifiées dans les mêmes points, un régime vévère, un exercice de tous les jours en plein air, la privation des liqueurs alcooliques, des habitudes régulières, seront prescrits au malade. Ce sont ces moyens qui ont été surtout recommandés dans les cas où une opération a enlevé complétement les hémorrhoïdes.

Pour terminer l'exposé de ce traitement, que je n'ai pas pu abréger, parce que les hémorrhoïdes sont une des affections qui se présentent le plus souvent dans la pratique, et qui peuvent le plus embarrasser le médecin, je dirai que les précautions hygiéniques qui viennent d'être recommandées dans les cas de suppression de flux, doivent être aussi prescrites aux sujets qui ont un flux hémorrhoïdal périodique auquel on ne veut pas s'opposer. Je crois qu'il serait inutile de présenter des ordonnances; car la plupart des cas demandent à être étudiés en particulier, et lorsqu'on est appelé par un sujet affecté d'hémorrhoïdes, c'est toujours pour quelqu'un de ces accidents sur le traitement desquels j'ai suffisamment insisté.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1º Traitement curatif. — Hémorrhoïdes récentes. Saignée générale, sangaues; purgatifs, calomel, tartrate de potasse; boissons, lotions, demi-bains, lavements d'eau froide; astringents. — Hémorrhoïdes anciennes. Opérations chirurgicales, ligature, caustiques, cautère actuel, excision; traitement de l'hémorrhagie à la suite de l'excision, tamponnement; incision, rescision; traitement après l'opération.

2º Traitement palliatif. — Contre la douleur: Narcotiques; saignées générales et locales; émollients. Contre la distension: Incision, piqure des tumeurs. Contre l'inflammation: Antiphlogistiques; pâte de Ward; polvre cubèbe, haume de copahu. Contre le flux hémorrhoïdal: Huile de térébenthine; ratanhia; seigle ergoté; tannin; cautérisation; extirpation des tumeurs. Contre l'animie: Moyens propres à cette affection. Contre les fissures et les ulcérations: Pommades narcotiques; pommade au carbonate de plomb; excision du sommet des tumeurs ulcérées. Contre la chute du rectum: Compression par des bandages. Contre l'étranglement du bourrelet: Réduction; antiphlogistiques, émollients; moucheture, piqures; ablation des parties gangrenées; extirpation du bourrelet. Moyens divers: Charbon de liége; poix noire; fleurs de soufre; suie. Contre la suppression: Aloès; suppositoire stibié; régime; soins hygiéniques.

ARTICLE XIX.

VERS INTESTINAUX.

Les vers intestinaux, et en particulier les ascarides lombricoïdes, sont ceux qui ont été le plus anciennement connus. On a publié, sur les accidents auxquels ils donnent lieu une soule d'écrits dont la plupart sont remarquables par l'exagération

de ces symptômes; car presque tous les auteurs qui se sont occupés des maladies de l'ensance ont attribué aux vers intestinaux la plus grande influence sur la production de la plupart des maladies. C'est surtout à Brera (1), à Rudolphi (2), à Bremser (3), à M. Cruveilhier (4) que l'histoire de ces animaux parasites doit ses plus grands progrès. Récemment, MM. Rilliet et Barthez (5) lui ont consacré un article intéressant.

Je ne présenterai pas de généralités sur les vers intestinaux; car, malgré tout l'intérêt qu'elles pourraient avoir sous d'autres rapports, elles sont loin d'être in-dispensables pour la pratique médicale, et je commencerai immédiatement l'histoire de ces vers par celle des ascarides lombricoïdes.

§ I. - Ascarides lombricoïdes.

L'ascaride lombricoïde a été, comme les autres vers, décrit avec le plus grand soin. Pour le praticien, sa ressemblance avec le lombric terrestre, qui lui a valu son nom, est assurément ce qu'il y a de plus important à mentionner; aussi me contenterai-je d'indiquer très rapidement ses caractères. Cylindroïde, allongé, ayant ordinairement de 20 à 25 centimètres de long et de 2 à 5 millimètres de diamètre, l'ascaride est d'une couleur rose plus ou moins foncée, lisse, luisant et demi-transparent. Les deux extrémités sont amincies et surtout l'antérieure. La tête est marquée par une petite dépression circulaire surmontée de trois petites valvules. L'anus est placé tout près de l'extrémité postérieure. L'ouverture des organes génitaux de la femelle se trouve à la réunion des deux tiers antérieurs et du tiers postérieur. Le pénis du mâle est près de l'anus. Cette forme extérieure du corps est suffisante pour nous. J'ajoute seulement que le mâle est plus petit et plus court que la femelle (Brera).

C'est exclusivement dans l'intestin grêle que se développent les ascarides lombricoïdes; nous verrons plus loin qu'on en a cependant trouvé dans des parties du corps très diverses; mais il n'est guère douteux qu'en pareil cas ces vers n'aient quitté leur siège primitif pour se porter plus ou moins loin.

Causes. Il ne m'appartient pas d'examiner ici la question de savoir comment se produisent les vers dans l'intérieur du canal intestinal; d'ailleurs la solution de cette question, dont je suis loin de nier l'importance, n'aurait pas un grand avantage pour la pratique. Je vais me borner à étudier les causes, abstraction faite de cette génération qui est encore si obscure.

Causes prédisposantes. L'âge a une influence non douteuse sur la production de ces entozoaires. D'après les recherches de Guersant (6), ils sont surtout fréquents de trois à dix ans; cet auteur eu a trouvé chez un vingtième des sujets dans cette période de la vie, tandis qu'auparavant on en rencontre à peine une on deux fois sur plusieurs centaines d'enfants. Il est presque sans exemple que les enfants de moins de six mois en soient atteints; quant à moi, je n'en ai jamais vu chez les nouveaux-nés. Il n'est pas extrêmement rare d'en rencontrer chez les adultes.

- (1) Traité des malad. verm., traduit de l'italien : Paris, 1804, in-8.
- (2) Entoz. sice vermum intestinalium hist.: Amstelod., 1808.
- (3) Traité sool, et physiol, sur les vèrs intest, de l'homme, augmenté de notes par D. de Blaiaville; Paris, 1827, 1 vol. ju-8 et atlas de 15 planches in-4°.
 - 14) Diet. de méd. et de chir. prat., art. ACLPHALOCYSTES, ENTOZOAHES.
 - (5) Traile des maladies des enfants, 1. 111.
 - (s) Diet. de méd., t. XXI.

On a dit que le sexe féminin prédispose particulièrement à cette affection; cependant cette opinion n'est appuyée sur aucun relevé exact. Quant à la constitution, c'est, suivant l'opinion générale, chez les enfants lymphatiques et scrofuleux que se montrent principalement les ascarides.

Relativement au climat, nous n'avons pas d'observations très précises; cependant, si l'on en croit quelques auteurs, ces vers sont très communs dans la Hollande et dans la Suisse; mais îl faudrait tenir compte de la manière de vivre, ce que l'on n'a pas fait.

On a, en effet, attribué à la nourriture une influence très prononcée sûr la production des ascarides, et l'on a accusé principalement le régime végétal de leur donner facilement naissance. Toutefois le laitage, nourriture animale, serait, d'après plusieurs auteurs, une cause au moins aussi efficace.

L'habitation d'un lieu froid et humide est également placée parmi ces causes. Enfin on a cité des affections vermineuses régnant sous forme épidémique.

Tout ce qu'il nous est permis de dire après avoir énuméré ces causes, c'est qu'il reste encore beaucoup à faire pour en préciser l'insluence, et que les appréciations générales que nous ont données les auteurs auraient besoin d'être appuyées sur une analyse rigoureuse d'observations en nombre sussisant.

Les causes occasionnelles ne pourraient être recherchées que dans l'introduction des germes avec les aliments et les boissons; mais j'ai indiqué plus haut les motifs qui m'engagent à passer sous silence les questions de ce genre.

Symptômes. Rien n'est moins précis que la description des symptômes produits pr les ascarides lombricoïdes; car on n'a pas suffisamment distingué ceux qui sont constants, ou du moins qui se présentent un nombre notable de fois, de ceux qui sont purement exceptionnels. Il en résulte que les signes attribués à la présence des vers dans le tube digestif sont extrêmement nombreux et variables. Pour prouver combien ces signes sont peu positifs, il sussit de dire que, de l'aveu des principaux auteurs, et de Bremser en particulier, parmi tous ces symptômes, dont on trouve partout un tableau esfrayant, il n'en est point qui indique d'une manière certaine la présence des ascarides dans le canal intestinal, et que leur expulsion seule est caractéristique. Si donc je présente le tableau suivant, c'est moins comme l'expression exacte et rigoureuse de faits bien observés et analysés, que comme faisant connaître l'état de la science sur ce point. S'il était possible de rassembler un nombre suffisant d'observations, j'aurais tenté de combler cette lacune; mais les laits qu'on trouve rapportés çà et là l'ont été presque tous parce qu'ils présentaient quelque circonstance extraordinaire, en sorte qu'on n'obtiendrait, en les analysant, que des résultats fondés sur des cas exceptionnels.

Du côté du tube digestif, on a noté des douleurs particulières, des coliques quelquesois aiguës, des picotements ayant leur siège autour de l'ombilic, parsois une sensation dissicile à désinir, le sentiment d'un corps qui se meut, qui rampe, etc.; dans quelques cas particuliers, la sensation de picotements est portée à un très haut degré.

On a en outre noté une certaine sensibilité du ventre à la pression, du gonsement, du ballonnement, une diarrhée tantôt séreuse, tantôt légèrement sanguinoiente. Mais les cas dans lesquels ces symptômes manquent ne sont pas rares, et de plus il faut noter qu'ils ne sont pas continus, mais qu'ils se montrent très souvent à des intervalles variables, et qu'on peut les attribuer à toute autre cause qu'il la présence des ascarides; en outre, nous verrons plus loin que ces mêmes phénomènes ont été attribués aux autres vers intestinaux.

Du côté de l'estomac, on a observé la perte plus ou moins grande de l'appétit des éructations fréquentes, parfois des vomissements glaireux. On a également remarqué, chez un certain nombre de sujets, l'enduit limoneux de la langue, l'acidité, la fadeur ou la fétidité de l'haleine, et une augmentation plus ou moins marquée de la soif. Des auteurs ont dit que la salive afflue dans la bouche. M. le docteur Romans (1) a cru trouver un caractère pathognomonique dans l'état de la langue. Cet organe présente, suivant lui, de petits points tuberculeux, rouges, saillants, isolés, qu'on voit principalement sur ses bords. L'exactitude de cette assertion n'a point été confirmée par les autres auteurs.

On a cité un grand nombre de phénomènes nerveux dus à la présence des ascarides dans l'intestin. Ce sont la somnolence, la céphalalgie, l'abattement, ou bien l'agitation, l'excitation, la dilatation des pupilles. Dans quelques cas rares on a observé des palpitations nerveuses et même des lipothymies.

On a remarqué que les enfants se frottaient fortement le nez, et qu'ils étaient sujets aux hémorrhagies nasales.

La face est pâle, plombée, parfois rouge cependant; les yeux sont abattus, entourés d'un cercle noirâtre.

Enfin on a noté une petite toux sèche, et surtout l'accélération avec irrégularité du pouls qui serait, d'après quelques médecins, un excellent caractère pour reconnaître la présence des vers intestinaux. MM. Rilliet et Barthez ont trouvé, dans un cas, le ralentissement du pouls coïncidant avec l'irrégularité.

On voit combien d'incertitudes règnent encore sur l'histoire pathologique des vers intestinaux. Il est possible que les phénomènes auxquels ils donnent lieu soient tellement variables qu'on ne puisse pas en donner un tableau général, et c'est ce qui paraît résulter des faits recueillis par MM. Rilliet et Barthez; mais ne pourrait-on pas espérer de pouvoir établir, par des recherches exactes, des groupes de symptômes qui, dans certains cas du moins, permettraient d'arriver à un diagnostic assez positif? En attendant, il faut le répéter, on ne peut que soup-conner la présence de l'ascaride lombricoïde dans le canal intestinal, tant que les sujets n'ont pas rendu quelques uns de ces vers par la défécation ou par le vomissement.

Accidents produits par les ascarides lombricoïdes. Les vers intestinaux ont, ai-je dit plus hant, assez souvent franchi les limites de leur siège habituel. C'est de là que résultent principalement les accidents particuliers auxquels ils donnent lieu. Parfois, et l'on trouve dans les divers recueils un assez grand nombre de faits de ce genre qui ont été presque tous réunis par M. Mondière (2), les vers sortent de la cavité intestinale en traversant ses parois, et viennent former à l'extérieur des tumeurs désignées sous le nom d'abcès vermineux. Ces abcès n'ont autre chose de remarquable que de se produire avec une certaine lenteur; lorsqu'on les ouvre, ils donnent issue aux vers lombrics, et, dans quelques cas exceptionnels, à des

⁽¹⁾ Ann. de la Soc. de méd. prat. de Montpellier, 1810, t. XXII.

⁽²⁾ Recherches pour servir à l'hist. de la perf. des int., etc. — (Sournel l'Expérience, t. ll. p. 65, 188).

muères stercorales. Ils n'ont pas d'ailleurs le danger qu'on pourrait leur supposer apremier abord. On n'a pas de faits authentiques qui prouvent la possibilité due péritonite par le passage d'un ascaride de l'intestin dans le péritoine. Les abérences qui se forment en pareil cas, ou, comme le pensent plusieurs auteurs, à très petite ouverture intestinale résultant de l'écartement des fibres et non d'une résitable perforation, empêchent l'animal de tomber dans la cavité séreuse.

On a beaucoup discuté sur la question de savoir si l'intestin non altéré par une lésion pathologique pouvait être percé par l'ascaride; mais je ne crois pas que cette question fort obscure ait une importance pratique suffisante pour nous engagerà entrer dans une pareille discussion.

MM. Rilliet et Barthez ont cité une observation de M. Charcellay, de laquelle il résulte qu'une artériole peut être percée par un lombric de manière à produire une hémorrhagie intestinale mortelle. N'oublions pas toutesois que de très petites ulcérations personantes peuvent se produire dans l'estomac et les intestins, et par conséquent n'attribuons pas à ce fait une importance exagérée.

On a trouvé parfois un si grand nombre de vers dans l'intestin, qu'il en est réulté une sorte d'étranglement interne; mais les faits de ce genre, parmi lesquels l'aut citer principalement celui de Daquin (1), sont entièrement exceptionnels.

On a encore attribué à la présence des vers le développement de l'inflammation de l'intestin; mais il arrive si souvent qu'on trouve la membrane muqueuse intere dans les points occupés par les ascarides, qu'on ne peut s'empêcher d'avoir des doutes à cet égard.

Les migrations des vers dans les autres cavités peuvent produire des accidents qu'il est facile de prévoir. Dans l'estomac, ce sont des sensations semblables à telles que nous avons notées dans l'intestin, et de plus des vomissements dans la matière desquels se rencontrent les lombrics. Dans l'æsophage, c'est un sentiment de gêne, de constriction vers le cou, vers la gorge, et une toux qui finit par déterminer les vomissements et l'expulsion des vers.

L'introduction des ascarides dans les voies biliaires est un fait plus grave. On en cité plusieurs exemples. Tout le monde connaît celui qui a été rapporté par Guersant, et dans lequel on trouva deux ascarides ayant pénétré dans le canal cholédoque. L'enfant qui fait le sujet de cette observation fut pris de convulsions volentes suivies d'une mort prompte. On a rencontré des ascarides jusque dans la tésicule biliaire, et Laënnec, ainsi que M. Tonnelé (2), a signalé leur présence dans le tissu du foie. L'observation de ce dernier auteur est très remarquable en ce que le ver était complétement logé dans un abcès de cet organe. Suivant M. Cruveilhier, ce n'est qu'après la mort que les ascarides peuvent s'introduire dans les voies biliaires; mais les accidents brusques observés par Guersant dans le cas précédemment cité paraissent contraires à cette opinion. Tontelois je suis loin de me prononcer sur un pareil fait, car les documents nécessaires manquent entièrement. Dans le cas cité par M. Tonnelé, il semble qu'on doit admettre que le ver a pénétré dans le foie à travers les parois de l'estomac.

Un autre accident est l'introduction des vers dans les voies aériennes. On en a trouvé dans le larynx et même dans la trachée-artère, qui ont déterminé des

⁽¹⁾ Journ, de méd. et de chir., etc.; Paris, 1770, t. XXXIV, p. 151.

⁽²⁾ Journ, hebdomadaire de méd., t. IV, 1829.

accidents mortels de suffocation. Blandin (1) en a rencontré un dans une bronche. Il est inutile de décrire les phénomènes auxquels donne lieu cette introduction des vers dans les voies aériennes; car ce sont ceux que produisent les corps étrangers en général. Disons seulement que lorsque le ver s'arrête dans le larynx, la suffocation est plus complète et plus promptement mortelle que lorsqu'il a pénétré dans la trachée et dans les bronches.

Ensin une autre série d'accidents, signalée par les auteurs, consiste dans diverses affections nerveuses, comme les convulsions et la chorée dans des maladies graves, comme la méningite, les diverses phlegmasies des purenchymes, les sièvres; mais relativement à ces accidents nous n'avons que des observations en petit nombre, souvent incomplètes, et des assertions ordinairement exagérées de la part des auteurs; ce qui tient, comme je l'ai dit plus haut, à la tendance qu'ent toujours eve les médecins qui se sont occupés des maladies de l'ensance à attribuer aux affections vermineuses presque toutes les maladies qui affectent les jeunes sujets ayant des ascarides lombricoïdes. Sous ce rapport, il en a été de cette affection comme de la dentition laborieuse, et l'on peut appliquer à la première les réflexions que j'ai saites à propos de celle-ci (2). On ne peut nier cependant que, dans certains cas, l'expulsion des vers n'ait mis sin à des troubles sort graves, du moins en apparence; mais l'observation ne s'est pas prononcée assez sormellement pour qu'on puisse préciser ces cas.

Marche; durée; terminaison. Il est impossible d'indiquer d'une manière générale la marche d'une affection vermineuse. Rien n'est, en effet, plus variable; car tantôt les sujets souffrent des vers pendant un temps fort long et d'une manière presque continue, et tantôt ils ne présentent quelques symptômes qu'à des époques irrégulières et éloignées, et pendant un court espace de temps, après lequel les vers sont expulsés. Il en est de même de la durée. Des sujets présentent en effet des vers pendant plusieurs années; d'autres n'en ont qu'une seule atteinte d'une courte durée. Entre ces deux extrêmes les nuances sont infinies. Quant à la terminaison, elle est presque toujours favorable. Cependant nous avons vu que les accidents indiqués plus haut pouvaient se terminer par la mort. M. Bretonneau a en outre cité un cas où nne inflammation intestinale, promptement suivie de mort, s'est développée chez un sujet affecté d'ascarides lombricoïdes. Mais cette inflammation était-elle déterminée par les vers, ou n'était-elle qu'une simple coïncidence? C'ést ce qu'un fait isolé ne nous permet pas de décider.

Lésions anatomiques. Dans l'immense majorité des cas, on ne trouve aucune lésion anatomique. Celles qui se rencontrent quelquesois appartiennent aux accidents précédemment indiqués, et j'ai dit à ce sujet tout ce qu'il importe de connaître. Il est donc inutile d'insister sur ce point.

Diagnostic. Il y a deux choses dans le diagnostic des ascarides lombricoides : d'abord on peut se demander s'il s'agit réellement de ces vers ou d'un autre ver intestinal; mais je renvoie cet examen après chacun des articles suivants, où les autres vers intestinaux seront étudiés. Il est bien entendu que ce diagnostic n'a une certaine importance que sous le rapport des symptômes; car les dissérences

⁽¹⁾ Anat. top. du corps humain.

²⁾ Voy. t. 11, art. Accidents de la dentition.

entre l'ascaride et les autres vers intestinaux sont si grandes, que, lorsqu'il a été mudu, on ne peut avoir un seul instant d'incertitude.

Quant à ce qui concerne le diagnostic des ascarides lombricoïdes et des divers produits animaux ou végétaux qui sont rendus quelquesois par les selles, on peut voir à ce sujet ce que dit M. de Blainville (1). Disons seulement ici que la suspension dans l'eau permet de reconnaître la structure des corps qu'on a appelés pseudo-helminthes.

Le second point consiste à savoir si l'on peut distinguer l'affection vermineuse d'un certain nombre d'autres maladies. Or, à cet égard, nous n'avons, de l'aveu des auteurs qui se sont occupés le plus spécialement de ce sujet, aucun signe positis. Cependant si des troubles intestinaux marqués, les diverses sensations indiquées plus haut, les difficultés de la digestion, avaient précédé des accidents nerreux simulant une affection cérébrale, on serait porté, surtout chez les enfants, à admettre l'existence des vers, attendu que, dans les maladies du cerveau, le tube digestif est presque toujours, principalement au début, dans un parsait état d'intégrité, sauf quelques vomissements sympathiques. Il faut aussi avoir soin de s'insormer si antérieurement les enfants n'auraient pas eu des attaques semblables, qui se seraient terminées par l'expulsion des vers. J'ai eu récemment sous les yeux un exemple qui prouve toute l'utilité de ces informations. Appelé auprès d'une petite fille de quatre ans qui, depuis deux ou trois jours, avait présenté seulement m peu de malaise avec diminution de l'appétit, je la trouvai dans un état d'abatement complet, les yeux cernés, le regard vague, les pupilles un peu dilatées, la ace plombée, froide, ainsi que les extrémités. Elle ne répondait pas aux questions, et avait un air d'hébétude semblable à celui qui caractérise une affection cérébrale. Il n'y avait d'ailleurs éu ni vomissements, ni diarrhée, et le ventre étaît insensible. Je trouvai beaucoup d'incertitude dans le diagnostic; mais, à la suite d'une potion vomitive, deux lombrics furent rendus, et tout rentra promptement dans l'ordre. Quelques mois plus tard, des symptômes absolument identiques se reproduisirent, et alors il n'y eut plus de doutes pour moi. Si un autre médecin cut été appelé, et qu'il eut négligé de s'informer des autécédents, il aurait très probablement été dans le même embarras où je m'étais trouvé lors de la première attaque.

M. le docteur Ch. de Hubsch (2) indique, comme très importants, dans le diagnostic des vers intestinaux, les trois signes suivants: 1° un état particulier de la langue, qui consiste dans la présence de points rouges, gros comme une tête d'épingle, disséminés sur un enduit blanchâtre: ce sont évidemment des papilles un peu développées; 2° une quantité surabondante de salive, qui coule de la bouche pendant le sommeil, et qui devient souvent écumeuse et blanche lorsque les mâchoires ont été longtemps en mouvement; 3° enfin, un claquement des dents pendant le sommeil, accompagné du spasme des muscles de la face. C'est aux praticiens à rechercher quel est le degré de valeur de ces signes.

Pronostic. Tant que les vers restent rensermés dans le canal intestinal, ils ne produisent le plus souvent que des symptômes très peu graves. Cependant il ne

⁽¹⁾ Appendice an Traité des vers intest., par Bremser. p. 532.

⁽²⁾ Abeille médicale, juillet 1847.

faudrait pas se hâter de porter un pronostic favorable, puisque, par leurs migrations, par leur grand nombre et par les phénomènes sympathiques auxquels ils donnent quelquesois lieu, les ascarides peuvent produire les accidents sunestes que nous avons indiqués. Toutesois nous savons que ces accidents ne sont pas sréquents. La persoration intestinale n'est pas, ainsi que nous l'avons vu plus haut, aussi grave qu'on pourrait le supposer; car les abcès vermineux se terminent souvent par la guérison. Les convulsions ont évidemment un danger plus graud.

Traitement. Le nombre des médicaments qu'on à proposés, sous le nom d'anthelminthiques, est extrêmement considérable, et un grand nombre d'entre eux ont été dirigés contre les ascarides lombricoïdes. Je me contenterai d'indiquer les principaux.

C'est d'abord la mousse de Corse, dont, suivant MM. Mérat et Delens (1), l'usage semble remonter à une haute antiquité, et qui fut surtout préconisée, en 1775, par Dimo Stephanopoli (2), qui la prescrivait sous forme de sirop. Voici comment on l'administre dans les hôpitaux des enfants:

A prendre par cuillerées.

On peut aussi la donner, dans du lait bien sucré, à la même dose proportionnelle suivant l'âge.

On peut eucore mêler la quantité déterminée de mousse de Corse à du vin rouge et à de la cassonnade blanche, de manière à former une gelée qui, suivant MM. Trousseau et Pidoux (3), ne dégoûte pas les enfants. On donne cette gelée à la dose de deux à trois cuillerées à bouche par jour.

Fleisch, cité par MM. Rilliet et Barthez, prescrit la mousse de Corse en lavements ainsi qu'il suit :

Infusez dans deux tasses d'eau bouillante; passez. Pour un lavement.

D'après la plupart des auteurs, le semen-contra (fragments d'espèce d'armoise de l'Orient) est notablement plus actif. Nous venons de voir que Fleisch l'associait dans ses lavements à la mousse de Corse. Il le donne aussi en tablettes, dont voici la formule :

```
24 Semen-contra en poudre... 8 gram. Mucilage de gomme adragante. Q. s. Chocolat en poudre..... 15 gram.
```

Pour saire trente tablettes. Dose: trois tablettes quatre à cinq sois par jour.

Bouillon-Lagrange (4) a composé un sirop d'après la formule suivante :

```
      4 Eau distillée de semen-contra saturé d'essence
      1 kilogr.

      Sucre blanc
      1 kilogr.

      Blancs d'œufs
      n° 2.
```

On bat le blanc d'œuf avec l'eau distillée, on ajoute le sucre, et l'on met sur un feu doux.

⁽¹⁾ Dict. de matière médicale et de thérapeutique générale; Paris, 1832, t. IV, p. 496.

⁽²⁾ Voyage en Grèce.

⁽³⁾ Traité de thérapeutique, t. 11, p. 784.

⁽⁴⁾ Journ. de méd. et de chir. prat.

Dose: une cuillerée matin et soir, pendant trois ou quatre jours ; purger le cinquième avec l'huile de ricin et le sirop de fleurs de pêcher.

Ensin on prépare, avec ce semen-contra, des biscuits, des dragées, du pain d'épice, etc.

Vonitifs; purgatifs. Le tartre stibié a été mis en usage par quelques auteurs, et l'on peut le donner à la dose de 5 à 10 centigrammes dans une potion, à prendre par cuillerées jusqu'à effet vomitif et purgatif.

Parmi les purgatifs il faut citer le jalap, qu'on a fait entrer dans un bou nombre de sormules; le calomel, très fréquemment employé; l'huile de ricin, que Brera recommande particulièrement, et qu'il prescrit ainsi qu'il suit sous le nom de potion anthelminthique laxative.

2 Huile récente de ricin.... 60 gram. | Huile de menthe poivrée... 60 gram. | A prendre par cuillerées à bouche.

Bremser a recommandé l'aloès; il le donnait comme il suit sous forme de pilules:

Aloès succotrin pulvérisé. } Aå 2 gram. Huile essentielle de rue. 12 gouttes. Tapaisie en poudre.....

Mêlez. Faites 12 pilules. A prendre 4 ou 5 par jour.

Je ne multiplierai pas ces citations, parce que, dans quelques formules que je derai plus loin, se retrouveront des médications de ce genre.

Parmi les anthelminthiques il saut encore citer l'armoise, l'absinthe et même la suie. D'après MM. Trousseau et Pidoux, des lavements saits avec une décoction de suie peuvent être très utiles. Toutesois ce remède a bien plus d'efficacité contre les oxyures, dont nous parlerons plus loin.

Enfin on a prescrit des *préparations ferrugineuses* et une multitude d'autres substances que je ne dois pas indiquer ici, me contentant de présenter un certain sombre de formules qui en contiennent plusieurs.

Électuaire de Bremser.

* Semence de tanaisie grossièrement pulvérisée...... 15 gram. Racine de valériane en poudre . 8 gram. Oxymel scillitique pour un élect. Q. s.

Dose: deux ou trois cuillerées à café par jour.

Bremser ajoute que si, au bout de trois ou quatre jours, les selles ne deviennent pes plus copieuses et glaireuses, il augmente la dose. Cette préparation a l'inconvénient d'exciter le dégoût des enfants.

Gælis a recommandé la préparation suivante :

Mélez. Faites une poudre; divisez en quatre parties égales. A prendre un paquet deux lois par jour.

Selon Vogler, l'électuaire suivant est très utile contre les ascarides :

* Semen-contra en poudre 8 gram. | Eau de fleurs de quassia 2 gram. | Racine de jalap en poudre 4 gram. | Sirop de fleurs de pêcher Q s. pour calomel 0,30 gram. | un électuaire.

Une cuillerée à café toutes les deux heures, jusqu'à purgation.

J'ajoute encore deux formules qui jouissent d'une grande réputation : cc sont - celles de Stark et de M. Cruveilhier.

Voici la première:

Mélez. Faites une poudre. Dose : 2 ou 3 grammes deux ou trois fois par jour.

Le sirop proposé par M. Cruveilhier est ainsi composé :

Infusez à froid dans :

Eau...... 240 gram.

Passez.

Sucre..... Q. s.

Faites un sirop. Dose : une cuillerée à bouche, le matin, pendant trois jours.

M. Cruveilhier, avec ce sirop ainsi administré, a fait rendre jusqu'à soixante lombrics dans une matinée.

Je pourrais citer maintenant une soule de substances données dans le but de faire évacuer les ascarides; mais d'abord il en est quelques unes qu'on ne saurait conseiller: tels sont l'arsenic et la noix vomique, médicaments trop dangereux, et qui n'ont, rien ne le prouve du moins, aucune efficacité particulière. Ensuite, si chaque médecin a voulu varier les sormules et saire usage de substances nouvelles, ce n'est pas une raison pour en encombrer la thérapeutique, lorsque les saits manquent pour apprécier leur valeur. Qu'il me suffise de dire que l'assa satis manquent pour apprécier leur valeur. Qu'il me suffise de dire que l'assa satis d'huile de térébenthine, le phellandrium aquaticum, l'ail, l'étain, la cévadille, le tabac en lavements, etc., etc., ont été mis en usage dans les divers pays. Je ne serai d'exception que pour l'huile empyreumatique de Chabert, recommandée par Bremser.

HUILE EMPYRBUMATIQUE DE CHABERT.

Cette huile est un mélange d'une partie d'huile empyreumatique de corne de cerf et de trois parties d'huile de térébenthine, que l'on fait distiller au bain de sable, dans une cornue de verre. On en donne quelques gouttes dans un liquide fortement sucré.

Ce médicament a, comme la plupart de ceux que nous avons indiqués, le grand inconvénient de dégoûter les enfants, qul, après la première dose, refusent souvent obstinément d'en prendre une seconde. Aussi doit-on de préférence choisir les préparations qui, sous forme de biscuits, de tablettes, de dragées, trompent le plus facilement le goût des petits malades, et administrer les poudres dans une certaine quantité de confitures ou de fruits cuits.

Régime. Le régime à suivre pendant le traitement des ascarides ne présente rien de bien remarquable. Lorsque l'appétit est notablement diminué, on peut se contenter de donner aux ensants quelques consommés ou quelques potages ; dans le cas contraire, un régime animal et légèrement tonique est utile, suivant les au-

teurs. Bremser insiste pour qu'on prive les sujets affectés d'ascarides de substances farineuses et de substances grasses; mais il n'est pas encore parfaitement démontré que cette recommandation ait autant d'importance que cet auteur lui en attribue.

On voit, d'après ce qui précède, que le traitement des ascarides lombricoïdes n'a pas été établi sur des principes rigoureux. C'est encore à une observation attentive et répétée à nous apprendre quelle est, parmi toutes ces pratiques, la plus prompte, la plus sûre et la plus complétement exempte de toute espèce d'inconvénient.

On sent qu'il serait inutile de présenter des ordonnances pour cette maladie, puisque la plupart des médications indiquées plus haut sont données par leurs auteurs comme constituant le traitement tout entier dans tous les cas.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Mousse de Corse; semen-contra; sirop de Bouillon-Lagrange; vomitifs; purgatifs; potion anthelminthique de Brera; armoise, absinthe; électuaire de Bremser; poudre de Goelis; électuaire de Vogler; poudre de Stark; sirop de M. Cruveilhier; moyens divers; huile empyreumatique de Chahert; régime.

§ II. — Oxyures vermiculaires.

L'oxyure vermiculaire est beaucoup moins important à étudier, sous le rapport pathologique, que l'ascaride lombricoïde. On lui a quelquesois donné le nom d'ascaride vermiculaire. Il n'a que deux, trois ou quatre millimètres de long; il est mince et très blanc; son extrémité postérieure est plus grosse que l'antérieure, et, chez le mâle, elle se contourne en spirale. La semelle, plus grande que le mâle, a de huit à douze millimètres; elle est remarquable surtout par l'amincissement extrême de sa queue, porté au point qu'il saut se servir du microscope pour bien l'apercevoir. Je n'entre pas dans d'autres détails de l'organisation de ces vers, devant me borner à présenter les caractères extérieurs propres à les saire reconnaître.

Ces vers affectent principalement les enfants. Ils se trouvent presque exclusivement dans le gros intestin, et surtout du côté de l'anus, dont ils remplis ent les plis. Cependant on en a vu en assez grand nombre dans une partie plus élevée de l'intestin. Suivant Becker (1), on peut en trouver jusque dans le vagin et dans l'utérus. Brera dit en avoir rencontré dans l'assophage; mais, quoique le sait ne soit pas impossible, il n'est pas sussisamment démontré. Les mêmes réslexions s'appliquent aux cas dans lesquels on dit avoir trouvé de ces animaux dans l'urêtre (2) et dans l'estomac (3).

On n'a rien dit qui mérite d'être rapporté sur les causes de la production de ces animaux.

Quant aux symptômes auxquels ils donnent lieu, ils sont loin de se manifester dans tous les cas. Il n'est pas rare, en esset, de trouver sur les cadavres une quantité très considérable d'oxyures, sans qu'on ait été averti de leur présence pendant la vie. Dans d'autres circonstances, au contraire, ils peuvent déterminer des accidents notables. Ainsi plusieurs auteurs ont attribué des troubles nerveux très

¹¹⁾ Eph. nat. cur., dec. I, an VIII, obs. 75.

⁽²⁾ P. FRANCE, Traile de med. prat.

⁽²⁾ Koun. Diss. de asc. per urta. emiss., etc.; lenz, 1798.

graves à l'influence de ce ver; mais n'a-t-on pas, dans le plus grand nombre des cas, eu affaire à de simples coîncidences? Sans me prononcer dans une pareille question, je dirai que le seul symptôme qui, en définitive, soit propre à l'oxyure vermiculaire, est une vive démangeaison vers l'anus; dans quelques cas, cette démangeaison devient intolérable. M. Cruveilhier a cité un cas dans lequel l'intensité de ce symptôme était très remarquable; et ce qu'il y avait surtont de curieux, c'est que la sensation, qui allait jusqu'à une douleur véritable, se reproduisait toutes les nuits à la même heure. J'ai vu dernièrement, chez un enfant de deux ans et demi, quelque chose de semblable. Toutefois la sensation ne paraissait pas s'élever jusqu'à une douleur vive; il paraissait n'y avoir qu'une démangeaison violente, et le symptôme se reproduisait le soir, peu de temps avant l'heure du coucher, empêchant l'enfant de s'endormir pendant un temps quelquefois assez long. Lorsqu'il en est ainsi; on voit les enfants s'agiter, porter leurs mains à l'anus, le comprimer, y exercer de fortes frictions, et parfois s'asseoir par terre en poussant des cris.

On a dit que l'excitation produite sur le rectum pouvait se propager aux organes génitaux voisins, et provoquer la masturbation, ou produire un écoulement vaginal et des pertes séminales involontaires (Lallemand); mais, pour se prononcer sur ces questions, et principalement sur les deux dernières, les éléments nous manquent. J'y reviendrai, au reste, quand je parlerai de la leucorrhée et de la spermatorrhée.

Le diagnostic de cette affection ne présente généralement pas de difficultés dans les cas où il existe quelque symptôme. Une démangeaison très vive, revenant principalement le soir, occupant l'anus et l'intérieur du rectum, mettra facilement sur la voie; et, si l'on examine l'anus, on peut, comme l'a fait M. Cruveilhier, reconnaître facilement les oxyures s'agitant avec vivacité dans les plis radiés.

Le pronostic n'a évidemment pas de gravité réelle; mais l'incommodité produite par ces vers, la facilité avec laquelle ces petits animaux se reproduisent, et la difficulté qu'on a à les atteindre à l'aide des médicaments, cachés qu'ils sont dans les replis de l'intestin, font que, dans un assez grand nombre de cas, le médecia ne doit pas traiter cette affection avec légèreté.

Traitement. On a recommandé contre les oxyures un bon nombre des remèdes dirigés contre les ascarides; mais il en est quelques uns qui leur sont plus particu-lièrement applicables.

J'ai déjà parlé de la suie; c'est en lavements qu'on administre ce remède. Il sussit de donner un lavement par jour avec une décoction de suie.

L'eau froide a été en premier lieu vantée par Van Swieten. Rosen la recommande aussi, et la donne en boisson aussi bien qu'en lavements. C'est sous cette dernière sorme seule que Van Swieten la prescrivait.

Fraenkel, cité par MM. Rilliet et Barthez, a préconisé les deux lavements suivants :

Le premier à l'assintae pour substance active :	
7 Herbe d'absinthe	8 å 16 gram
Faites infuser dans:	
Fan.	60 ятам

Voict le secont, où l'ail et l'assa-sætida sont réunis :

7 Bulbes d'ail frais..... 8 gram.

Faites infuser dans:

Ajoutez à la colature :

Dissoute dans:

Le même auteur prescrit aussi des lavements d'eau de chaux dans la proportion suivante:

* Décoction de guimauve... 30 gram. | Eau de chaux..... 90 gram.

Enfin Guersant recommande le sulfure de potasse en lavements ainsi qu'il: suit :

2 Sulfure de potense. 30 à 60 centigr. (Eau................. 250 gram.

On n'a fait aucune recherche pour savoir si l'un de ces lavements a plus d'essicacité que les autres.

On se borne quelquesois à injecter une certaine quantité d'huile d'olive dans le return, ce qui est utile contre les démangeaisons.

Dans le cas cité par M. Cruveilhier, un peu d'onguent gris, posé sur l'anus pendent quelques jours, débarrassa complétement le malade. J'ai obtenu le même esset en saisant frictionner l'anus avec la pommade suivante, dont on introduisait une petite quantité dans l'extrémité inférieure de l'intestin.

Ce médicament topique, sort simple, paraît donc devoir être particulièrement recommandé. Il est plus que probable que toute autre pommode mercurielle agirait de la même manière.

§ III. - Tricocophale.

On n'a assigné aucun symptôme particulier à cette espèce de vers. Cependant j'ai estendu dernièrement M. Barth communiquer à la Société d'observation un fait de nature à appeler l'attention sur ce point. Un malade présenta, il y a peu de temps, à l'Hôtel-Dieu, des symptômes si tranchés d'une affection cérébrale, que tout le monde crut à une méningite. A l'autopsie, on ne découvrit rien dans l'encéphale; mais M. Barth, ayant examiné l'intestin, y trouva une quantité énorme de tricocéphales. Ce fait seul suffit pour m'engager à indiquer les caractères de ce ver.

Il est liméaire, long de 4 à 6 centimètres, capillaire, aminci du côté de la tête, rensé et pirisorme à la partie postérieure chez le mâle. La partie amincie ou antérieure est la plus longue; la partie postérieure est droite chez la semelle. Le mâle est moins développé que celle-ci.

Cet animal se rencontre principalement dans le cœcum et dans le colon. Il est rarement en très grande quantité; cependant nons venous de voir qu'on en peut

trouver un nombre immense, et Rudolphi et M. Tiedemann ont vu des cas à peu près semblables.

Les moyens que, selon toutes les probabilités, on doit diriger contre cet entozoaire sont les lavements prescrits contre les oxyures, les purgatifs et les mercuriaux.

§ IV. - Tomia ou ver solitaire.

Il existe deux espèces de tænia: le tænia lata ou bothriocéphale, et le tænia solium; mais ces deux espèces, très importantes à distinguer sous le point de vue de l'histoire naturelle, pourraient facilement être confondues sous le rapport thérapeutique et pathologique. Sous le rapport pathologique, en esset, on n'a cité aucun symptôme qui sût particulier à l'une d'elles, et sous le rapport thérapeutique, nous n'avons que des recherches sort incomplètes et même contradictoires, entreprises dans le but de s'assurer si certains moyens sont plus essicaces contre l'une des deux espèces que contre l'autre. Cette réslexion s'applique particulièrement au traitement de Nousser, dont il sera question plus loin. Je ne m'attacherai donc pas à indiquer d'une manière minutieuse les caractères de ces vers; car, pour la pratique, il sussit d'un petit nombre de détails qui sont aisément reconnaître le tænia.

Les tænia sont des animaux aplatis, rubanés, mous, blancs, sormés d'articulations plus ou moins nombreuses, et se présentant sous la sorme d'une bandelette, ce qui leur a valu leur nom.

Le Tania solium est remarquable par la longueur de ses articulations et par su petite largeur qui est à peine de 0,001 ou 0,002 mètres en avant, et de 0,006 ou 0,009 mètres en arrière. La tête du tania solium égale à peine la grosseur d'une sime épingle; elle a quatre suçoirs égaux, situés aux quatre angles, et au milieu un rensiement où Bremser a signalé l'existence d'un très petit orifice. Ce rensiement ou rostre est entouré d'une ou de deux rangées de crochets disposées en couronnes; mais ces crochets manquent souvent, l'animal étant trop jeune ou trop vieux; ensin un col très mince, silisorme, complète le tableau de cette apparence extérieure, suffisante pour le praticien.

7

Le Bothriocéphale est remarquable par des sossettes dilatables et contractiles qui remplacent les suçoirs. Sa largeur peut s'élever jusqu'à un centimètre et demi et plus. Rudolphi en a vn de près de 3 centimètres. Sa tête est plus ovoide que celle du tænia solium. Les sossettes y sont au nombre de deux. Son col se confond souvent avec le corps; il est quelquesois filisorme. Les anneaux qui composent le corps sont plus larges que longs, et ressemblent à des rides. Ils devienness plus longs et plus larges à mesure qu'on avance vers l'extrémité postérieure.

Le bothriocéphale est en général moins long que le tænia solium; celui-ci, en effet, peut atteindre une longueur de 8 mètres et au-dessus, tandis que le bothrio-céphale dépasse rarement 7 mètres. Des auteurs assurent avoir vu des vers de l'une et de l'autre espèce dont la longueur s'élevait à plusieurs centaines de mètres; mais l'authenticité de ces saits n'est pas généralement admise.

Le siège habituel du tænia est vers la partie supérieure de l'intestin grêle; on a vu quelquesois ce ver dans d'autres parties, et principalement dans l'estomac, sans qu'on ait pu s'assurer s'il avait primitivement pris naissance dans l'intestin. On n'en trouve presque jamais qu'un seul, ce qui lui a valu le nom de ver soli-

teire. On l'a encore désigné sous ceux de lombricus latus, vermis cucurbitinus, tenia cucurbitina, etc.

La fréquence de ce ver est très différente suivant les climats. Je renvoie, par conséquent, aux causes pour étudier ce point.

Causes. Tous les âges peuvent être affectés du tænia. Sur deux cent six malades observés par le docteur Wavruch (1), l'ûge variait de trois ans et demi à cinquantecinq ans, et dans les observations de M. Louis (2), il y avait un enfant de douze ans et un vieillard de soixante-quatorze ans. Cependant on rencontre le plus souvent ce ver chez les adultes : la plupart des malades observés par M. Wavruch avaient de quinze à quarante ans.

D'après la plupart des auteurs, le sexe féminin y est particulièrement exposé, et les recherches de M. Wavruch sont venues confirmer l'opinion générale. Il a trouvé, en effet, soixante et onze sujets du sexe masculin et cent trente-cinq du sexe féminin. Le nombre des hommes a été, au contraire, un peu plus grand dans les faits recueillis par M. Mérat (3) et par M. Louis; mais ces observations ne sont pas en nombre suffisant pour être opposées à celles de M. Wavruch. Toutefois il est à désirer que de nouvelles recherches soient faites sur ce point.

Relativement à la constitution, nous n'avons rien à ajouter à ce qui a été dit à propos des ascarides, si ce n'est que, dans les observations de M. Louis, elle était bonne chez presque tous les sujets. Le même auteur a constaté que tous ses malades avaient une nourriture saine et variée, et ces faits ne viennent, par conséquent, pas à l'appui de l'opinion qui attribue la production du tæma à la diète lactée. M. Wavroch a constaté, après Reinlein, (4), que le séjour dans les cuisines et les boucheries était une cause de ver solitaire. Sur les deux cent six malades, il y avait un cuisinier, cinquante-deux cuisinières et plusieurs bouchers.

Le climat a-t-il de l'influence sur la production du tænia? C'est ce que l'on ne peut pas dire, quoique ce ver soit très fréquent dans certaines contrées. C'est ainsi que, suivant Odier (5), le quart des habitants de Genève auraient, dans le cours de leur existence, le ver solitaire, qui est d'ailleurs très commun dans toutes les contrées de la Suisse. Mals ne faudrait-il pas accuser plutôt le régime que le climat mi-même? C'est ce qui est très probable. Un fait remarquable, c'est que les deux espèces de tænia ne se rencontrent pas indifféremment dans tous les pays. Ainsi le tænia solium se trouve particulièrement dans l'Inde, en Egypte, en Grèce, en France, en Allemagne, en Portugal et dans l'Amérique septentrionale, tandis qu'en Suisse, en Pologne et en Russie, on trouve presque toujours le bothriocé-phale.

Symptômes. Les symptômes du tænia n'ont généralement pas été étudiés avec plus de soin que ceux des autres vers. M. Louis cependant a soumis ses observations, qui, malheureusement, ne sont qu'au nombre de dix, à une analyse exacte, qui nous servira principalement à tracer le tableau suivant. On peut dire, d'une manière générale, que les symptômes du tænia sont peu graves. Quant au début,

⁽¹⁾ Oest. med. Jahrb., 1841.

⁽²⁾ Du tenia et de son trait. par la pot. Darbon, in Mém. ou rech. anat. path.; Paris. 1826.

⁽³⁾ Du ternia ou ver solitaire.; Paris, 1833.

⁽⁴⁾ Animad. circa ort. et cur. tænia latæ, etc.; Vienne, 1811.

⁵⁾ Manuel de médecine pratique.

il n'est pas toujours très facile de le fixer, attendu qu'il remente souvent très haut, puisque M. Louis a vu des malades qui évacuaient des fragments de ver depuis huit, neuf, douze ans, ou même depuis la première jeunesse, et que, d'un autre côté, ce n'est qu'à l'époque où les premiers fragments du trenia ont été rendus que les malades font remonter ce début, qui, du reste, ne présente rien de bien particulier.

Les douleurs de ventre sont le premier symptôme qu'il importe d'examiner. Ces douleurs consistent souvent en de véritables coliques, mais parfois ce sont des sensations particulières, telles que la sensation de morsure, de succion, de reptation, de mouvements onduleux, d'une tension ou d'un poids dans l'abdomen, ou enfin d'une douleur indéfinissable. C'est ordinairement vers les flancs et autour de l'ombilic que se manifestent ces diverses sensations. Quant aux coliques, elles occupent une grande partie de l'abdomen. Les douleurs, de quelque nature qu'elles soient, sont intermittentes, et se reproduisent à des intervalles variables. Les coliques sont ordinairement fréquentes, du moins à certaines époques de la maladie. Dans quelques cas cependant elles ne se produisent que très rarement. Leur violence peut être considérable. On a remarqué que, chez certains sujets, l'abdomen présentait une tumé faction locale et variable, occupant de préférence l'ombilic.

Ces douleurs ne sont ordinairement accompagnées d'aucun trouble dans les fonctions intestinales. La diarrhée, en particulier, n'est point un symptôme du tænia, et sauf la présence des fragments du ver dans les déjections alvines, on n'y trouve rien de remarquable. Chez les sujets qui ne subissent pas le traitement, les fragments de tænia sont rendus à plusieurs reprises et à des intervalles très variables.

Un phénomène qui a été noté avec soin par M. Louis, et qui mérite d'attirer l'attention du médecin, est le prurit au pourtour de l'anus. Cet auteur ne l'a vu mauquer que dans trois cas sur dix. Le prurit des narines ne s'est montré, au contraire, que chez quatre sujets.

On a généralement beaucoup insisté sur l'état de l'appétit chez les sujets affectés du tænja. Une opinion assez répandue est que dans cette affection l'appétit est insatiable. Mais l'examen attentif des faits prouve qu'on a établi en règle générale ce qui ne s'observe que dans un petit nombre de cas. Le plus souvent, en effet, l'appétit est diminué; quelquefois il est nul. Chez certains sujets, il y a des alternatives d'augmentation et de diminution; chez d'autres, l'augmentation de l'appétit est telle, que les malades sont obligés de manger fréquemment, et qu'ils ne peuvent se rassasier; mais, je le répète, ces cas sont les moins fréquents. Enfin, dans un nombre assez considérable de cas, l'appétit ne subit aucune altération. On voit que ce symptôme est très variable, et qu'il faudrait se garder d'y chercher un signe diagnostique positif.

Quelques douleurs épigastriques se sont sentir chez un petit nombre de sujets. Ce qu'il y avait de remarquable dans les observations de M. Louis, c'est que ces douleurs ne se montraient que chez des semmes, et cet auteur est porté à croire que l'action des remèdes violents déjà administrés en était la principale cause, sinon la seule.

Les vomissements sont bien plus rarcs encore. M. Louis ne les a observés qu'une seule fois : fréquents avant l'expulsion des premiers fragments du ver, rares dans la suite.

La céphalalgie est un symptôme rare, mais il peut être remarquable par sa durée, puisque deux des semmes observées par M. Louis se plaignaient de maux de tête depuis deux ou quatre ans,

Le plus grand nombre des malades, dit M. Louis, éprouvaient depuis longtemps des douleurs vagues, des lassitudes, quelquesois des crampes aux extrémités. Ces douleurs et ces lassitudes étaient parsois assez considérables pour les obliger à suspendre leurs travaux; plusieurs ne s'y livraient qu'avec peine, et cette raison plutôt qu'une autre les déterminait à essayer un nouveau remède. »

Le même auteur a observé des bourdonnements d'oreilles, uniquement chez les semmes, dont l'une se plaignait d'avoir la vue un peu obscurcie. Il a en outre constaté que la pupille n'était jamais dilatée ni contractée, ce qui prouve que l'on a eu tort de donner ces phénomènes comme des symptômes du tænia.

D'autres auteurs ont mentionné les lipothymies, les vertiges, la torpeur approchant de la paralysie (1), le tremblement des membres, les convulsions, l'épilepsie, les attaques d'hystérie, la catalepsie, la chorée, et même la paraplégie, etc.; mais ces divers troubles nerveux n'ont été observés que dans des cas isolés, en sorte qu'ils n'ont pas une très grande importance. Cependant il était bon d'indiquer la possibilité de leur apparition, parce que, dans quelques cas, ces symptômes ont disparu après l'expulsion du ver. Enfin un certain degré de langueur, la pâleur de la face, et un peu d'amaigrissement, phénomènes qui ne surviennent guère qu'à une époque avancée de la maladie, et lorsque déjà des fragments de ver ont été fréquemment rendus, complètent ce tableau symptomatique.

Marche; durée; terminaison. Nous avons vu plus haut que le début de la maladie pouvait remonter à une époque très éloignée, et même à la première enfance; mais, dans tous les cas, il arrive certaines époques où les symptômes prennent un peu plus d'intensité. On voit même des sujets qui ne les présentent qu'à des intervalles très éloignés. Sous ce rapport donc, la marche de la maladie ne dissère pas sensiblement de celle des ascarides lombricoïdes. Toutesois il saut dire que la continuité des symptômes est plus sréquente dans le tænia. Quant à la durée, il est presque inutile de dire qu'elle est indéterminée, et que si l'on n'emploie pas des remèdes efficaces, le tænia peut persister toute la vie. La terminaison n'est jamais sicheuse; du moins on n'a pas cité d'exemples de ses accidents mortels qui rendent parsois si grave la présence des ascarides lombricoïdes. J'ai cependant mentionné plus haut des symptômes fâcheux qui ont été quelquesois observés.

On n'a signalé aucune lésion pathologique qu'on puisse rapporter avec quelque

Diagnostic. De l'aveu des principaux auteurs qui se sont occupés particulièrement du tænia, il n'y a point de signe diagnostique, autre que l'expulsion du ver, qu'on puisse regarder comme ayant une valeur réelle. Cependant M. Louis, qui s'est livré à une analyse exacte des faits soumis à son observation, a rassemblé les principaux symptômes, et les ayant appréciés, dans le but de rechercher si le diagnostic était possible, il est arrivé au résultat suivant (2): « Nous venons de voir, dit-il, que tous les malades avaient éprouvé, après et quelquefois avant la sortie

⁽¹⁾ NOLL, OEst. med. Jahrb., t. XXVIII.

⁽²⁾ Mem, ou rech. anal.-palh.; Paris, 1826, p. 554.

du tænia, des douleurs de ventre, des coliques plus ou moins fortes, quelquefois considérables, répétées à des distances plus ou moins rapprochées; que ces coliques n'étaient ni suivies ni accompagnées de dévoiement; que dans presque tous les cas, au contraire, elles étaient accompagnées de prurit au pourtour de l'anus ou aux narines. Nous pensons, par cela même, que, quand des douleurs de ventre, des coliques plus ou moins fortes et fréquentes, mais sans diarrhée, se sont reproduites pendant un certain temps, accompagnées de prurit à l'anus ou à l'extrémité du nez, elles indiquent d'une manière presque certaine l'existence d'un ver dans le canal intestinal. Ces symptômes ont, par leur réunion, quelque chose de très remarquable. On ne les rencontre tels que dans les affections vermineuses; on ne les conçoit bien qu'avec elles : double raison de les croire propres à indiquer leur existence.

» D'autres symptômes, tels que l'amaigrissement, les douleurs dans les membres, les lassitudes, l'éloignement pour le travail, doivent être remarqués; mais ils ne sont pas aussi fréquents que les premiers: ils n'ont, comme tant d'autres phénomènes nerveux dont est chargée la description des maladies vermineuses, rien de spécial, et par conséquent rien qui puisse leur donner une place parmi les symtômes diagnostiques. Qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas de complications, quand l'ensemble des symptômes indiqués a lien, il doit paraître infiniment probable, comme nous l'avons déjà dit, qu'il existe des vers; mais ces vers sont-ils des tænia? C'est ce que nous ne nous chargeons pas de décider, n'ayant pas recueilli, relativement aux affections vermineuses, des faits autres que ceux dont nous venons de donner l'histoire. »

Après avoir examiné les relations des divers auteurs, on est aussi embarrassé que M. Louis relativement au diagnostic du tænia et de l'ascaride lombricoïde. Cependant il est une circonstance qui peut servir, sinon à fixer le diagnostic, du moins à le rendre probable : c'est l'âge des malades. Chez les adultes, on devra croire plutôt à l'existence du tænia, et chez les enfants à celle de l'ascaride. Il est à désirer qu'un travail sur les symptômes produits par ce dernier ver soit entrepris de manière à nous fonrnir un meilleur point de comparaison. Quant aux oxyurrs, nous avons vu qu'ils ne produisent point de coliques, mais seulement une démangeaison très vive à l'anus, et qu'en outre on peut les apercevoir en examinant attentivement cette partie. Ensin nous savons qu'on ne peut assigner aux tricocéphales aucun symptôme qui leur soit propre.

L'absence de selles liquides empêchera que l'on consonde les symptômes du tænia avec ceux de l'entérite, et la démangeaison au pourtour de l'anus et aux narines servira à les saire distinguer de ceux de l'entéralgie. Je ne pousserai pas plus loin l'exposé de ce diagnostic qui a encore besoin d'être étudié.

Traitement. Le traitement du tænia est peut-être celui qui contient, non seulement le plus grand nombre de substances employées, mais encore le plus grand nombre de méthodes particulières et complètes exclusivement précouisées par leurs inventeurs. Il serait beaucoup trop long et il y aurait peu d'utilité à exposer tout ce qui a été publié à ce sujet. Je me contenteral d'indiquer les principaux remèdes et de présenter les méthodes le plus en vogue.

Vomitifs; purgatif:. En général, les vomitifs et les purgatifs n'ont été administrés que pour favoriser l'action d'autres substances regardées comme spécifiques. Les premiers surtout, qui ne sont recommandés que par un petit nombre d'auteurs, ne méritent pas de nous arrêter ici. Quant aux seconds, je signalerai d'abord le jalap, l'aloès, l'huile de ricin, qui font partie d'un très grand nombre de formules ou de méthodes diverses, mais qu'on n'a pas employés seuls contre le tenia.

Il n'en est pas de même de l'huile de croton tiglium, vantée par Puccinotti (1). Deux ou trois gouttes de cette huile, données chaque jour en pilules, ont suffi quelquefois pour faire rendre le tænia. Mais ce traitement est loin d'avoir l'efficacité d'un bon nombre d'autres que je vais indiquer, et c'est pourquoi on ne considère en général l'huile de croton que comme un simple adjuvant. Le vin de colchique a été recommandé par le docteur Crisholm (2), et ce médecin a cité un exemple d'expulsion d'un tænia par ce médicament donné à la dose de trois cuilleries à thé dans les vingt-quatre heures; mais cette substance n'a guère été employée par d'autres médecins.

Mercuriaux. Les préparations mercurielles, et en particulier le calomel, ont été mises en usage par un grand nombre de médecins; mais agissent-elles seulement comme purgatifs? C'est ce qui ne paraît pas probable. Au reste, il faut dire que jamais on ne s'est borné à l'emploi exclusif de ces moyens: on peut en juger par l'exposé de la méthode suivante, préconisée par Beck (3):

Méthode de Beck.

On doit d'abord faire prendre aux malades, à quatre ou cinq heures de l'aprèsmidi, la préparation suivante :

Le soir, après avoir pris un potage (4), le malade prend 60 grammes d'huile d'amandes. Le lendemain, à jeun, il prendra un des paquets suivants :

Paites une poudre très sine; divisez en trois paquets.

Au bout de deux heures, si le tænia n'est pas sorti, prendre un autre paquet : attendre deux heures encore avant d'administrer le troisième. Suspendre le médicament dès que le ver est expulsé.

On voit, par le grand nombre de substances qui sont mises en usage dans cette méthode, qu'il est impossible de présenter le traitement du tænia d'une manière bien méthodique. Desault (5) a recommandé les frictions mercurielles en même temps que le calomel à l'intérieur, et Rathier a uni cette préparation mercurielle à d'autres substances, ainsi qu'il suit :

⁽¹⁾ Ann. univ. di med., avril 1825.

⁽²⁾ The Land. med. repos., 1824.

⁽⁴⁾ Hufeland's Journ., 1803.

⁽⁴⁾ Peut-être faudrait-il modifier cette administration des remêdes, parce qu'à l'époque où cette mélhode a été publiée, les repas se faisaient à des heures différentes.

⁽⁵⁾ Dict. des Sc. méd., t. LIV.

A prendre en deux fois, le matin et dans l'après-midi.

Fougère. La racine de fougère mâle à été principalement employée dans la méthode célèbre de Nousser (1), qui est à peu près semblable à celle qu'avait déjà proposée Herrenschwand, et dont on trouve un extrait dans le Dictionnaire de Sciences médicales. Voici celle de Nousser:

Méthode de Nouffer.

Sept heures après un diner ordinaire, on fait prendre au malade une panade ainsi composée: 750 grammes d'eau, 60 ou 80 grammes de beurre frais, et 2 onces de pain coupé en petits morceaux. Remuer jusqu'à ce que le tout soit bien lié. Si le malade n'avait pas eu de gardes-robes ce jour-là, il prendrait, un quart d'heure ou une demi-heure après la panade, un lavement d'eau de guimauve, avec addition d'un peu de sel commun et de 30 grammes d'huile d'olive. Le lendemain matin, on administre le médicament suivant:

Si le malade a des nausées, il peut mettre dans sa bouche quelque substance aromatique, mais non l'avaler. Si, malgré toutes les précautions, la poudre est vomie, on doit en administrer immédiatement une autre dose.

Deux heures après la poudre, donner le purgatif qui suit :

Racines sèches de scam- de 0,60 gram. | Gomme gutte...... 0,60 gram. | Confection d'hyacinthe..... Q. s.

F. un bol de consistance moyenne, à prendre en une sois.

Immédiatement après, une ou deux tasses de thé vert léger, que l'on continuera jusqu'à ce que le ver soit rendu. Si le bol ne suffit pas pour purger, prescrire de 8 à 32 grammes de sulfate de magnésie.

Si le ver ne tombe pas en paquet, mais s'échappe seulement en partie, il ne faut pas chercher à l'extraire; on doit rester sur le bassin jusqu'à ce qu'il soit tombé, et pour favoriser son expulsion, on pourra donner une nouvelle dose de sulfate de magnésie. La non-expulsion du ver ne doit pas faire supprimer le repas suivant, ce qui n'empêche pas le tænia d'être rendu encore, quoique rarement. Si le ver n'est pas rendu le lendemain, il faut recommencer le traitement exactement comme la veille.

La méthode de Herrenschwand ne dissère guère de celle qui vient d'être indiquée qu'en ce que ce médecin, loin de regarder la sougère mâle comme la plus utile, ne l'administrait qu'à désaut de la sougère semelle.

Quelles sont, dans ces méthodes, les substances vraiment indispensables et celles dont on pourrait épargner l'usage aux malades? C'est ce qu'il n'est pas

⁽¹⁾ Journ. de méd., t. XLIV: et Précis du trait. contre le henia, etc.; Paris, 1775. — Méral et Delens, Dict. de matière médicale, t. III, p. 285.

ficile de dire. J'indiquerai plus loin l'opinion de M. Mérat relativement aux purgatifs administrés dans le traitement du tenue par l'écorce de racine de granulier.

Un grand nombre d'auteurs ont adopté l'usage de la fougère, et, maigré l'opinon de Herrenschwand, ils ont préféré la fougère mâle. Parmi eux je puis citer Rudolphi, Richter, Renaud, Bourdier, Meyer, Vogel, etc; mais il faut mentionner particulièrement le traitement recommandé par le docteur Peachier. Voicicomment ce médecin administre cette substance (1):

Méthode de M. Peschier.

Estrait éthéré de fougère				. male en	
male,	1,25 gram,	poud Conserv	re ve de roses.		0,60 gram. Q. s.

Faites quinze pilules. A prendre, le soir, à intervalles d'une demi-heure.

Le lendemain, on administre un purgatif. Plus tard, M. Peschier a eu recours à l'huile éthérée de fougère, qui est une oléo-résine, résultant de la distillation de la teinture éthérée. On l'administre à la dose de 2 à 8 grammes, suivant l'âge, dans du pain à chanter.

45 à 60 grammes d'huile de ricin sont donnés deux heures après.

Un bon nombre de médecins allemands ont constaté les bons effets de cetta méthode.

Racine de grenadier. L'écorce de la racine de grenadier est aujourd'hui un des remèdes le plus généralement employés. Ce moyen, très anciennement connu, puisque Dioscoride, au rapport de M. Mérat, en parle d'une manière précise, a été longtemps négligé, jusqu'à ce que Buchanan (2) ayant observé les bons effets de ce médicament, en usage dans l'Inde de temps immémorial, en signalat les propriétés anthelminthiques. Plusieurs médecins ensuite, et, en particulier, les docteurs Flemming et P. Breton (3), etc., vantèrent ses propriétés. Enfin M. Mérat en abit le sujet de recherches intéressantes, et dépuis cette époque beaucoup de médecins ont cité les résultats favorables de leur expérience. Volci, suivant M. Mérat (h), comment doit être administrée la racine d'écorce de grenadier;

Sans aucune préparation préalable, on fait prendre la décoction suivante :

FEcorce fraiche de racine de grenadier cultivé..... 60 gram.

Faites bouillir jusqu'à réduction à 500 grammes. A prendre en trois doses, à une heure d'intervalle.

Une circonstance importante pour assurer l'esset du médicament, c'est de ne le faire prendre que lorsque le malade rend actuellement des anneaux de tænia. C'est pour avoir négligé cette recommandation que, suivant M. Mérat (5), on a maintes sois échoué dans le traitement de ce ver. C'est aussi, ajoute-t-il, parce qu'on ne

⁽¹⁾ Revue med.; Paris, 1825, t. II et IV,

⁽²⁾ Edisb. med. and surg. Journ., t. III.

⁽³⁾ Trans. med. chirurgical; London, 1821, f. XI, p. 301.

Al Du tænia ou ver solitaire et de la cure radicale par l'écorce de racine de grenadier; Paris, 1838, in-8.

³⁾ Revue médicale, septembre 1844.

s'est pas contenté d'administrer la racine de grenadier, parce qu'on y a joint des purgatifs, soit avant, soit après, ou bien qu'on n'a pas donné la dose telle qu'elle vient d'être indiquée, ou bien encore parce que, au lieu d'avoir recours à la racine fraîche, on a employé la racine sèche.

On ne saurait donc trop insister sur ces recommandations, et l'on doit engager les médecins à avoir égard, dans leurs recherches, aux circonstances qui viennent d'être indiquées.

Je ne peux cependant pas m'empêcher d'ajouter que presque tous les auteurs conseillent de donner de 50 à 60 grammes d'huile de ricin, soit avant l'administration de l'écorce de grenadier, soit après, soit à ces deux époques.

Dans un fait cité par M. Ferrus, un malade rendit un trenia à la suite de l'administration d'une décoction un peu sermentée d'écorce de racine de grenadier, tandis qu'auparavant une même dose non sermentée n'avait pas réussi. Mais ce sait isolé n'a point de valeur réelle, surtout quand on considère que les principales circonstances n'ont pas été notées.

Quelquesois on a prescrit la décoction vineuse de cette racine, que l'on a aussi associée à d'autres substances; mais il est impossible de savoir si ces préparations ont plus ou moins d'avantages que la précédente.

On trouve, dans le Formulaire de M. Foy (page 67), l'indication de bols dans lesquels l'écorce de grenadier est mêlée à d'antres substances, comme il suit :

7 Peudre de racine d'écorce de		Huile de croton tiglium	4 goalt.
_	_	Sirop d'éther	Q. s.
d'assa fortida	15 gram.		

Faites quinze bols. A prendre cinq par jour.

Sans entrer dans de plus grands détails sur l'emploi de cette substance, dont l'efficacité n'est pas contestable, quoiqu'on cite des cas dans lesquels elle a échoué, disons que la méthode de M. Mérat est celle que l'on doit particulièrement recommander, parce que ce médecin a rapporté un très grand nombre de saits qui parlent en sa saveur. Elle a toujours réussi entre les mains de M. Legendre (1).

M. Deslandes a proposé (2), non plus la décoction de racine de grenadier, mais l'extrait alcoolique, et, suivant lui, cette préparation, prise à la dose de 24 grammes, est plus efficace que la décoction; mais le fait n'est pas suffisamment prouvé.

Enfin, quelques médecins ont cu recours à la racine de grenadier sauvage; mais la racine de grenadier cultivé a assez d'efficacité pour qu'on s'en tienne à son administration.

Étain. Après les deux médicaments qui viennent d'être indiqués, l'étain est celui qui a joui de la plus grande réputation. La manière de l'administrer est assez variable, et presque toujours on a uni ce métal à d'autres substances dont on admet l'efficacité dans la cure du tænia. La poudre de Guy est une des préparations qui ont eu le plus de vogue. Voici comment elle est composée :

Poudre de Guy.

2 Limaille d'étain	210 gram.	Fieurs de soufre	4 gram.
Mercure coulant	30 gram.		

⁽¹⁾ Archiv. gén. de méd., 1850.

⁽²⁾ Bull. de thér., 1832.

Triturez dans un mortier jusqu'à réduction à une poudre très fine. A prendre de 1 gram. à 1,50 gram. dans la journée.

M. Fouquier unit l'étain au jalap dans la formule suivante :

Z' Étais granulé et porphyrisé... 30 gram. | Extrait d'armoise...... 4 gram. | Jalap en poudre..... 4 gram. | Sirop de chicorée..... Q. s.

Faites un électuaire, à prendre en douze ou quinze sois, de demi-heure en demi-heure.

Je pourrais multiplier les formules, mais sans utilité. Je me contente d'en ajouter une, qui est la plus simple de toutes, et qui permet d'apprécier plus exactement les résultats de l'étain.

Étain pulvérisé...... 4,25 gram. | Miel despumé...... Q. s.

Faites un électuaire, à prendre en une sois le matin. On peut doubler et même tripler la dos chez les adultes robustes.

Éther sulfurique. Voici encore un médicament qui à sait la base d'une méthode particulière, qu'on appelle méthode de Bourdier, et dans laquelle on retrouve la sougère mâle. Ce médecin agissait ainsi :

Méthode de Bourdier.

Faites prendre, le matin à jeun :

* Éther sulfurique..... 4 gram. | Forte décoction de racine de fougère mâle..... 1 verre.

Une heure après, administrez:

≯ Huile de ricin...... 60 gram. | Sirop de gomme....... 40 gram. | Mêlez.

En général, il faut répéter la dose le lendemain, et quelquesois le troisième jour. Lorsque le ver est senti dans le canal intestinal, on doit ajouter aux remèdes prétélents le lavement suivant :

7 Éther sulfurique...... 8 gram. | Décoction de racine de fougère mâle. Q. s.

L'éther salfurique, préconisé également par Alibert (1), sait partie de plusieurs méthodes.

Huile empyreumatique de Chabert. Nous retrouvons ici ce remède, qui a été ignalé dans le traitement de l'ascaride lombricoide (voy. page 112). On se contente généralement de prescrire cette huile à la doss de une ou deux cuillerées de café par jour dans une demi-cuillerée à bouche de sirop de fleurs d'oranger. Bremser l'associe à son électuaire vermifuge et à son purgatif; mais ces moyens ne diffèrent pas assez de ceux qu'il emploie contre les ascarides, pour qu'il soit utile de les exposer.

Kousso. M. Stanislas Martin (2) a publié, il y a quelques années, une note sur les propriétés anthelmintiques du kousso ou kwoso (fleurs du brayera anthelmintica), substance employée de temps immémorial en Abyssinie. Plus récemment, M. Aubert-Roche a présenté à l'Académie de médecine, pour qu'on l'expérimentit, des fleurs de kousso apportées par M. Rochet-d'Héricourt, et M. Mérat (3),

⁽¹⁾ Nouv. élém. de thérap., t. I.

⁽²⁾ Bull. gen. de ther., t. XVIII, p. 315.

⁽³⁾ Mém. de l'Ac. de médecine, t. 1X, p. 689. — Bull. de l'Ac. de médecine, t. VI, p. 492, 1. MI, p. 690.

dans le rapport qu'il a fait à ce sujet, a rapporté les observations les plus concluantes en saveur de ce traitement qui produit l'expulsion complète du ver en très peu de temps et sans coliques. Une seule question est réservée par M. Mérat : c'est celle des récidives, que le temps seul peut résoudre. Le mode d'administration est très simple.

Kousso...... 15 gram. | Eau bouillante.... 250 à 300 gram.

Faites infuser pendant dix minutes. A prendre en une sois sans passer l'infusion, mais en saisant avaler la substance elle-même.

On réussit même très bien en donnant le kousso seulement délayé dans une suffisante quantité d'eau.

Telles sont les principales substances mises en usage. Je pourrais y joindre l'opium (1), les ferrugineux (2), l'assa-fætida (3), l'acide carbonique, les amandes amères (4), l'électricité (5) et même la solution arsenicale de Fowler (6) la noix tomique (7), et l'acide prussique (8); mais l'expérience n'a pas suffisamment parlé en faveur de ces moyens, dont quelques uns sont très dangereux. Je présère terminer l'exposé de ce traitement en faisant connaître quelques autres méthodes particulières qui comprennent un certain nombre des médicaments que j'ai passés en revue.

Mathieu, pharmacien de Berlin, traitait le vér solitaire ainsi qu'il suit :

Méthode de Mathieu.

Quelques jours avant l'emploi des électuaires qui vont être indiqués, on recommande un régime composé de bouillon maigre, de petages légers, de léguines, de substances salées.

Puis on administre, toutes les deux heures et pendant deux ou trois jours, une cuillerée à café de l'électuaire suivant :

Racine de fougère mâle récente.	30 gram.	Jaiap	Aá 4 gram.
Semen-contra	45 gram.	Micl	Q. s.

Au bout de ce temps, on passe à l'administration d'un second électuaire, qu'on prescrit de la même manière, et qui est ainsi composé :

孝 Jaiap	44 2,50 gram.	Gomme gutte	0,50 gram. Q. s.
Scammonée	. 1.25 gram.		

Au moment de l'expulsion on donne quelques cuillerées d'huile de riciri pour le faciliter.

- · (1) BRITTLD, in Hufeland's Journ,, 1805.
 - (2) PREMSER, Traité des vers intestinaux; Paris, 1837, p. 455.
 - (3) MELLIN, SCHWARTZ, Ibid., t. XII.
 - (4) HUFELAND.
 - (5) FRICKE, in Med. chir. Zeit., 1795.
 - (6) FISCHER, Med. papers comm. to the Massach. Med. Soc. Boston, 1806.
 - (7) BREFELD, in Huseland's Journ., 1806.
 - (8) CAGNOLA, in Annal. univ. di med., 1820.

M. le docteur Dupuis, de Mayence (1), a préconisé une préparation qui lui a constamment réussi. Je crois devoir la faire connaître.

Le malade prend, dès six heures du matin (sans qu'il soit besoin de régime ni de diète préservatrice), la moitié de la poudre qui suit, enveloppée dans un pain à chanter:

Mélez. Faites une poudre, et divises en deux paquets égaux.

Une demi-heure après avoir pris le premier, le malade prend le second. Si le volume de la poudre paraissait trop considérable, on pourrait, sans inconvénient, supprimer l'oléo-saccharum

Le malade prend, après chaque poudre, deux tasses de casé très sort sans sucre. S'il survient des nausées, on lui donne quelques gouttes d'éther acétique.

Au bout de deux heures arrivent des tranchées pendant lesquelles le ver est expulsé, ordinairement sans être divisé en plusieurs parties. Le malade doit prendre de nouveau du casé noir très sort aussitôt qu'il ressent les tranchées.

A la suite de l'expulsion du ver, que l'auteur a ainsi provoquée dans dix cas, il tru devoir employer un traitement tonique. Il faisait prendre dans ce but, avec du vin, une certaine composition dans laquelle entrent de la teinture de fer et de la teinture de quinquina.

On voit que nous retrouvons dans cette méthode le semen-contra, plus particulitement dirigé contre les ascarides.

La méthode du docteur Schmidt, achetée, comme la précédente, par le gouverment prussien, et que Casper a rendue publique, mérite une mention, parce q'elle contient quelques substances particulières, et entre autres l'assa-fætida et la digitale:

Méthode de Schmitt.

On donne, le matin, deux cuilterées du mélange suivant :

Faites une infusion de 180 grammes, et ajoutez:

Mélez.

On continuera ensuite l'administration de deux cuillerées de ce mélange, de tent en deux heures, jusqu'à sept heures du soir. Dans les intervalles, on fera bire beaucoup de casé à l'eau sortement édulcoré, et l'on ne permettra pour alimentation qu'une légère soupe et un peu de hareng salé. Le reste du régime est composé d'aliments excitants et de beaucoup de sucre.

Le jour suivant, on fait prendre, à dater de six heures du matin, à des intervalles d'une ou deux heures, et jusqu'à l'expulsion du ver, les pilules suivantes :

⁽¹⁾ Dietrichs neuer medicinische Zeitung, 1845; et Journ. des conn. méd. chir., août 1845.

* Assa-fætida	88	12	gram.	ipécacuanha en poudre Soufre doré d'antimoine pul-	åå 0,60 gram.
Gomme gutte)				vérisé	
Racine de jalap en poudre.) Feuilles de digitale pourpré				Huile éthérée de tanaisie	A4 15 gouttes.

Faites des pilules de 0,30 grammes. A prendre au nombre de six chaque fois dans une cuillerée à casé de sirop.

Une demi-heure après la première dose, on fait prendre une cuillerée à soupe d'huile de ricin, et dans le cours de la journée une grande quantité de casé bien sucré. Il est bon de continuer à prendre une ou deux pilules les jours suivants.

On voit combien ces méthodes sont compliquées, et combien il serait nécessaire que des expériences bien faites nous fissent connaître quelle est la partie active d'un pareil traitement.

La méthode de Vürtemberg a pour substances actives la racine de fougère mâle, le calomel et quelques purgatifs. Celle de Siemerling (1), qui contient un grand nombre de détails, a également pour principal médicament la fongère mâle, à laquelle on joint l'huile de ricin et l'huile de térébenthine. Je pourrais en citer d'autres, mais il n'y aurait point d'utilité réelle, car elles ne dissèrent des précédentes que par quelques nuances; et d'ailleurs on a vu, d'une part, que les moyens qui les composent sont amalgamés d'une manière peu rationnelle, et de l'autre, qu'on les a préconisés sans s'appuyer sur des observations rigoureuses.

M. le docteur Brunct (2) a obtenu l'expulsion de deux tænias complets par l'usage de la pûte de graine de courge ainsi préparée :

Il faut répéter cette dose pendant plusieurs jours.

M. Sarraméa (3) a cité deux cas semblables.

M. le docteur Manlucci (4) a obtenu l'expulsion du tænia en administrant à un enfant de cinq ans 15 centigrammes de ciguë pulvérisée. Ce médicament peut causer des accidents.

ll me reste maintenant à dire un mot d'un remède secret administré dans les cas observés par M. Louis, et dont ce médecin a constaté d'une manière rigoureuse les excellents effets: c'est la potion Darbon. Malheureusement ce remède n'est point acquis à la pratique médicale; nous n'en connaissons pas la composition, et c'est pourquoi je n'entrerai pas dans de grands détails à son sujet. « Tous les malades, dit M. Louis, ont pris sans préparation préalable et à jeun la potion de M. Darbon, à la dose de 240 à 300 grammes. Cette potion, d'une couleur brunâtre, épaisse et trouble, a paru à quelques malades un peu aigre et d'un goût d'écorce d'orange, tandis que d'autres ne lui ont trouvé aucune saveur déterminée.

» Des évacuations alvines plus ou moins nombreuses ont en lieu trois, quatre et

١

⁽¹⁾ Hufeland's journal, t. LXXL

⁽²⁾ Journ. de méd. de Bordeaux, janvier 1846.

⁽³⁾ Ibidem.

⁽⁴⁾ Il filiatre sebezio; extrait dans Gaz. mcd., 1845.

cinq heures, quelquesois plus tôt, quelquesois plus tard, après l'administration du remède, et étaient accompagnées d'un plus ou moins grand nombre d'articulations de tænia de toutes grandeurs. Dans plusieurs cas où les évacuations se faisaient trop longtemps attendre, on les a provoquées par un lavement d'eau simple ou animé d'un peu de sel. •

Les troubles causés par l'administration de ce remède sont très légers, et le rétablissement des malades est prompt et durable. Aussi M. Louis a-t-il pu dire, en terminant : « Aucun des remèdes vantés jusqu'ici contre le tænia n'agit d'une manière aussi douce, aussi constamment efficace, et c'est ce qui nous a fait dire que cette potion réunit le double avantage de la certitude et de la sécurité. »

On ne peut s'empêcher, après cela, de saire des vœux pour que l'usage de cette potion devienne licite.

Comme je l'ai dit dans un des passages précédents, il pent arriver qu'une portion du tænia seulement sorte par l'anus, le reste du ver étant encore contenu dans l'intestin, et l'on a vu qu'en pareil cas les auteurs sont unanimes pour recommander de ne point exercer sur lui, dans le but de savoriser cette expulsion incomplète, la traction même la plus légère, mais bien de rester sur le bassin et de saire des essorts de désécation. Suivant Brera, la traction sur le ver a des inconvénients plus graves encore : il a vu, dit-il, en pareil cas, le malade, après avoir éprouvé un tiraillement dans l'abdomen, tomber en convulsions. Cet auteur conseille de lier plutôt la portion sortie avec un fil de soie, de saire prendre au malade une potion laxative, et de le saire rester sur la chaise percée jusqu'à entière expulsion du ver.

Un autre accident qui mérite d'être signalé, et que la plupart des médecins qui se sont occupés du tænia ont observé, est, au moment de l'expulsion, une lipothymie précédée d'anxiété précordiale, et qui se termine souvent par le vomissement. Cet accident ne doit pas inspirer de craintes, car l'expérience a prouvé qu'il se dissipe rapidement; et, suivant Brera, le seul moyen qu'on doive lui opposer est de faire respirer au malade l'acide acétique. Nous avons vu que les accidents de ce genre n'avaient pas lieu pendant l'administration du remède Darbon; nous pouvons ajouter qu'ils ne se montrent pas davantage après l'administration du kousso.

Résumé. Tels sont les principaux moyens dirigés contre le tænia, et l'on voit qu'après la potion Darbon et le kousso, l'écorce de racine de grenadier, telle qu'elle est administrée par M. Mérat, constitue le médicament le plus facile à employer et le plus sûr dans ses résultats. Et comme il est beaucoup moins dispendieux que le kousso, c'est de tous les remèdes que nous pouvous mettre en usage celui que nous devons principalement recommander; mais il faut avoir soin, je le répète, dans son administration, de suivre les indications sur lesquelles M. Mérat a tant insisté.

Il n'y a évidemment point d'ordonnances à donner pour un traitement qui cousiste dans des méthodes particulières dont chacune est une ordonnance complète.

RÉSUME SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Vomitifs, purgatifs; préparations mercurielles; méthode de Beck; racine de sougère; méthode Nousser; méthode de Peschier; racine de grenadier; méthode de M. Mérat; kousse; étain; éther sulsurique; méthode de Bourdier; huile empyreumatique de Chabert; moyens divers; méthode de Mathieu; méthode de Schmidt; remède Darhon.

LIVRE QUATRIÈME.

Maladies des annexes des voies digestives.

POIE, RATE, PANCRÉAS, PÉRITOIRE.

Je rassemble dans un même livre les maladies des diverses parties que je viens de mentionner, parce que, d'une part, elles ont entre elles une liaison assez grande, et que d'une autre, ayant des rapports évidents avec les affections étudiées dans le livré précédent, elles prennent naturellement leur place à la suite de ces affections. Je sais qu'il est un peu arbitraire de ranger parmi elles les maladies du péritoine, parce que cette séreuse ne peut pas être rigoureusement considérée comme une simple annexe des voies digestives, et que ses maladies sont en outre liées à celles d'autres organes, tels que les reins, les ovaires, la matrice, etc. Mais, après y avoir réfléchi, j'ai vu que je ne pouvais pas trouver pour elles de place plus convenable, et qu'en les décrivant ici je rendrais faciles toutes les recherches, en même temps que je rapprocherais les affections péritonéales de celles avec lesquelles il importe le plus de les comparer. Cette raison m'a déterminé.

Les affections des annexes des voies digestives sont bien loin d'avoir toutes la même importance. Ainsi les maladies de la rate, malgré les assertions plus qu'exagérées soutenues dans ces derniers temps par M. Piorry, n'ont qu'un intérêt médiocre, et celles du pancréas ne méritent guère qu'une mention. Celles du soie, et surtout celles du péritoine, nous occuperont donc presque exclusivement.

CHAPITRE I.

MALADIES DU FOIE.

On a beaucoup disserté, beaucoup écrit sur les maladies du sole, et cependant, de l'aveu de tous les auteurs, rien n'est plus obscur que leur histoire. Mais, s'il en est ainsi, ce n'est pas seulement, il saut le dire, parce que l'étude de leurs symptômes est difficile; c'est aussi parce que l'observation ne s'est généralement exercée sur elles qu'avec négligence, et surtout parce que persoune n'a encore entrepris de réunir tous les saits épars, d'en recueillir d'autres bien complets et en nombre un peu considérable, et de les soumettre tous à une analyse rigoureuse. Espérons qu'un semblable travail sera ensin l'objet de recherches sérieuses.

En attendant, je vais, autant qu'il me sera possible dans cet ouvrage, chercher à éclaircir les points obscurs, en remontant aux sources, c'est-à-dire aux observations des auteurs, et en consultant quelques saits médits que j'ai entre les mains. Je dirai d'abord un mot de la congestion sanguine et de l'apoplexie hépatique; puis je passerai en revue: l'hépatite; les abcès du foie; le cancer; la cirrhose;

l'hypertrophie, l'atrophie; les kystes; les entozoaires, et je mentionneral quelques affections admises par la plupart des auteurs, mais qui seront pour moi l'objet de quelques discussions.

ARTICLE 1.

CONGESTION SANGUINE ET APOPLEXIE HÉPATIQUE.

Doit-on considérer la congestion sanguine du foie comme une maladie à part? Je ne le pense pas. Il est certain que cet organe éminemment vasculaire a une tendance marquée à se congestionner; mais c'est par suite d'obstacles au cours du sang, pendant la durée des maladies du cœur et dans d'autres affections où il y a des troubles de la circulation, comme dans l'asphyxie. Dès lors on ne peut plus considérer la congestion sanguine du foie indépendamment des affections avec lesquelles elle est liée; et tout ce qu'il importe d'en dire ici, c'est que ses symptômes sont une augmentation de volume reconvaissable par la palpation et la percussion; me gêne dans la région du foie, et parfois un sentiment de pesanteur. Si la congestion est très considérable, et si le volume du foie est beaucoup augmenté, la compression du pousson à travers le diaphragme peut venir joindre son action aux causes qui rendent déjà la respiration laborieuse. Le meilleur moyen pour faire cesser cette congestion est, comme je l'ai dit à l'occasion des maladies du cœur, d'appliquer à l'anus des sangsues en nombre suffisant.

On voit, d'après le peu d'importance que j'attache à cette lésion considérée comme maladie à part, qu'il serait inutile de discuter les diverses assertions des auteurs, et entre autres la division suivante, proposée par M. Kiernan. Cet auteur a distingué la congestion hépatique en partielle et générale, et la première de ces deux espèces en deux autres qui sont produites, l'une par la stase du sang dans les veines hépatiques, l'autre par la stase du sang dans la veine porte. Ces distinctions n'ont évidemment pas d'intérêt actuel pour la pratique.

Apoplexie hépatique. L'apoplexie du foie a un peu plus d'importance, parce que nous pessédons un certain nombre de saits dans lesquels elle s'est montrée comme miadie particulière. Toutesois, il saut le reconnaître, cette importance n'est pas encere très grande pour nous, car dans les cas où l'apoplexie doit être admise, la mort a été subite ou si prompte qu'on n'a pas pu porter secours aux malades.

Parmi les saits d'apoplexie pulmonaire qui ont été cités, les plus remarquables sont dus à M.M. Andral (1), Honoré (2), Robert (3), Heyselder (4), et quelques autres. C'est à tort, ainsi que nous le verrons plus loin, qu'on a voulu réunir à ces saits, sons le nom d'hémorrhagie hépatique, une observation rapportée par M. Louis (5); ce cas ressemble, il est vrai, à quelques uns des précédents par l'hémorrhagie qui s'est sait jour dans l'intestin, mais il en dissère par un point capital, puisqu'il y avait existence préalable d'une hépatite et rupture très probable d'un vaisseau dans un soyer purulent. C'est donc à l'article Hépatite qu'il saut le renvoyer.

⁽¹⁾ Cliniq. méd., t. II, 3° éd., p. 269.

¹²⁾ Communic. à l'Ac. de méd.

⁽³⁾ Dans Mem. de Brierre de Boismont, Arch. gen. de med., 1 esérie, t. XVI, 1828.

⁽⁴⁾ Arch. gén., déc. 1839.

⁽⁵⁾ Reck. anai.-path., p. 376.

Les faits que je viens de mentionner peuvent être divisés en trois espèces différentes. Dans la première, nous trouvons une de ces hémorrhagies que l'on doit rapporter à une altération du sang, et qui ont été décrites sous le nom d'hémorrhagies constitutionnelles. Le cas rapporté par le docteur Bonorden (1), et celui que nous devons à M. Brierre de Boismont, sont des exemples de cette espèce d'apoplexie hépatique. Les sujets de ces observations avaient non seulement un épanchement de sang dans le foie, mais encore des infiltrations ou des foyers sanguins dans d'autres parties du corps. Dans le cas rapporté par M. Bonorden, ces épanchements se trouvaient dans un grand nombre de points du tissu sous-cutané, et, dans celui de M. Brierre de Boismont, des tumeurs sanguines occupaient, outre le foie, la rate, les glandes mammaires, la peau du ventre et des fesses, la substance cérébrale, le poumon, le pancréas, les reins et l'ovaire droit.

Dans la seconde espèce, il y a rupture d'un vaisseau dans le soie, et l'on peut rapprocher, en pareil cas, l'apoplexie hépatique de certaines apoplexies cérébrales. Le cas cité par M. Andral, et celui que l'on doit à M. Heyselder, en sont des exemples.

Ensin, dans d'autres cas, on ne trouve ni dans l'état du sang, ni dans l'état de l'organe, de cause à laquelle on puisse assigner l'épanchement de sang. M. Honoré a présenté à l'Académie de médecine, il y a quelques années, un sait de ce genre.

Le plus souvent on ne peut reconnaître aucun symptôme à l'apoplexie hépatique, soit que les faits n'aient pas attiré suffisamment l'attention, soit que la mort ait été presque subite, soit enfin que, comme dans les cas où il y a en même temps plusieurs hémorrhagies intestinales, on ne puisse pas plus attribuer la production des phénomènes à cette apoplexie qu'aux apoplexies des autres organes et à l'altération du sang. Ce qu'il y a de plus général dans les faits cités plus haut, c'est un malaise notable, des douleurs dans l'abdomen, et parsois des vomissements. Une syncope peut précéder la mort pendant un temps assez long, comme on l'a constaté dans le cas rapporté par M. Heyfelder.

Le docteur J. Abercrombie (2) a cité un cas d'opoplexie du foie chez une semme en couches. L'apoplexie se produisit environ une heure après l'accouchement. Les symptômes surent les suivants: Douleur vive à l'hypochondre, oppression, dyspnée, vomissements, resroidissement, pâleur, bourdonnements d'oreille, éblouissements, pouls petit. On trouva, à l'autopsie, un sac volumineux, sourni par le péritoine, occupant la sace antérieure et insérieure, et plein de sang. M. Andral (3) rapporte un cas de ce genre, on en doit un autre au docteur Gilbert Blane (4), et M. Heysekler (5) a rassemblé les cas connus de cette affection.

A l'autopsie, on trouve dans le parenchyme du foie un ou plusieurs foyers asses semblables à ceux qui constituent l'apoplexie pulmonaire. Le sang, pris ordinairement en caillots noirs, peut être en partie liquide. Après sou évacuation, il reste une excavation irrégulière dont les parois, formées par le tissu hépatique, sont infiltrées de sang et plus ou moins ramollies.

On voit, d'après ce qui précède, que nous n'aurions rien à ajouter de bien intéressant à cette courte description. Nous n'avons également que des données très

⁽¹⁾ Zeit. des Fereins Medis. in Preuss., 1838.

⁽²⁾ Lond. med. Gaz., sept. 1844.

⁽³⁾ Anal. path., t. 11, p. 689.

⁽⁴⁾ Trans. of the Soc. for the impros., t. II, p. 18.

⁽b) Stud. im Gebiete der Heileriesenschaft, t. 1er, p. 130.

vagues sur le traitement. La saignée, l'application de sangsues sur la région hépatique et à l'anus, le repos, les boissons froides, la diète, et, dans le cas où l'on peut soupçonner une altération du sang, les boissons acides, sont les moyens qui paraissent le mieux indiqués. Voilà tout ce qu'il est permis de dire, en attendant que l'observation nous ait fourni des documents plus précis. On pourra, du reste, consulter, pour plus de détails, un mémoire de M. Fauconneau-Dufresne (1), dans lequel cet auteur a rassemblé les cas les plus intéressants d'hémorrhagie du foie.

ARTICLE II.

HÉPATITE AIGUE.

L'hépatite est, malgré tous les travaux entrepris à ce sujet, et malgré les recherches saites par les médecins qui ont exercé dans les pays chauds, une des affections les moins bien connues, ce qui tient évidemment au peu de soin que l'on a apporté dans l'observation. C'est à Hippocrate même qu'il faut saire remonter les premières indications de l'hépatite; mais dans ses ouvrages (2), ainsi que dans ceux de Galien et des médecins des siècles passés, l'inslammation aiguë est consondue avec l'inflammation chronique, et souvent même avec d'autres affections chroniques du soie, en sorte qu'il est très dissicile, sinon impossible, d'y distinguer suffisamment les cas particuliers. Les ouvrages qui ont eu le plus de réputation à la sin du siècle dernier et au commencement de celui-ci, sont ceux de Bianchi (3), de Girdlestone (4), de Clarck, de Portal (5) et de Saunders (6). Ensin, dans ces dernières années, MM. Andral (7) et Louis (8) nous offrent plusieurs observations intéressantes dont il sera particulièrement question dans cet article. Un bon nombre d'autres faits sont épars dans les ouvrages anciens, tels que ceux de Schenck (9), de Forestus (10), de Fabrice de Hilden (11), de Baillou (12), de Lieutaud (13), etc., et dans les divers recueils de médecine. Tous ces saits sont dissiciles à réunir, parce que beaucoup d'entre eux sont dissemblables; cependant je chercherai à en indiquer les principaux.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

L'hépatite aiguë est l'inflammation du foie qui parcourt rapidement ses périodes. Cette maladie a été encore désignée sous les noms de febris icterodes, febris hepatica, inflammation du foie, jecoris vomica, phlegmo, erysipelas hepatidis, etc.

Sa fréquence est, suivant les auteurs, très différente selon les lieux où l'on observe. C'est ainsi que, d'après l'opinion générale, elle est très commune dans les pays chauds. Nons savons, au contraire, que, dans nos pays, c'est une affection

- 11) Mém. sur les hémorrh. du foie (Union médicale, n° du 24 juillet 1847 et suiv.).
- (2) OEuvres complètes, trad. par Littré, t. VII, Des affections internes, p. 237.

(3) Historia hepatica; Geneve, 1725, 2 vol. in-4.

(4) Essays on the kepatic and spasmodic affections in India.; London, 1788.

(b) Observ. sur la nat. et le trait. des malad. du foie; Paris, 1813.

(6) Traile des mal. du foie, Paris, 1804. — Obs. on hepat. in India; London, 1809.

(7) Chin. méd., 3° éd., t. 11.

- (8) Rech. anal.-path.: Abrès du foie.
- (9) Observationes medicæ, lib. 111, sect. 11.
- (10) Observat. med., lib. XIX.
- (11) Observat. med., cent. II.
- (12) Opera omnia medica, edente Tronchin; Genevæ, 1762, cent. L.
- 113) Historia anatomico medica; Paris, 1767, sect. vt.

assez rare. Nous allons voir à l'article des causes ce qu'il faut penser de la première de ces assertions.

§ II. - Causes.

Tout le monde convient que l'étiologie de l'hépatite en général et de l'hépatite aiguë en particulier est extrêmement incertaine. Les recherches sur ce point n'ont pas été faites d'une manière rigoureuse, et il n'est pas, on peut le dire, une seule des assertions des auteurs qui ne soit sujette à contestation.

1° Causes prédisposantes.

On n'est nullement d'accord sur l'âge qui prédispose particulièrement à l'inflammation du foie. Plusieurs auteurs, parmi lesquels il faut citer Girdlestone, assirment qu'elle ne sévit que dans l'âge adulte, et ce médecin a noté que de vingt tambours du régiment sur lequel il observait, aucun n'a présenté la maladie : ces sujets n'avaient pas atteint l'âge de la puberté. D'autres, au contraire, ont regardé l'affection comme assez fréquente chez les enfants, pour en avoir fait une espèce particulière; c'est ce que nous trouvons dans l'ouvrage de Naumann (1). Cette dernière assertion ne me paraît pas fondée sur les faits. Ce qui a induit en erreur, c'est que, dans les maladies des enfants nouveau-nés, on observe la coincidence d'une coloration jaune avec les maladies du tube digestif, et qu'il a suffi à quelques auteurs de trouver une simple congestion hépatique avec ramolfissement pour croire à une inflammation du foie. Je reviendrai sur ce point à l'occasion de l'ictère. Dans les observations rapportées par MM. Andral et Louis, la plupart des sujets avaient de vingt à quarante ans. Il ne faut pas croire cependant, comme on l'a avancé, que la maladie soit très rare après cet âge; car, sur treize observations, je trouve que quatre sujets avaient atteint ou dépassé l'âge de cinquante ans.

Quant au sexe, nous n'avons pas de données bien positives sur son influence; cependant une grande quantité des saits qui ont été cités par les auteurs se rapportent au sexe masculin. Mais n'oublions pas que les observations ont été généralement prises dans des régiments. Dans celles que je viens d'indiquer, il se trouvait cinq semmes sur treize.

Nous n'avons également que des renseignements très peu précis sur l'influence de la constitution. Ce qui rend difficile l'appréciation de cette cause, c'est que, comme nous le verrons plus loin, l'inflammation du foie attaque fréquemment des sujets ayant déjà une autre maladie qui a pu détériorer la constitution.

Il était inévitable qu'on accusat le tempérament bilieux de produire l'inflammation du foie; mais cette assertion, qui remonte à Hippocrate, n'est pas appuyée sur des saits positifs: aussi quelques médecins ont-ils pu trouver dans le tempérament sanguin une cause prédisposante plus efficace.

Le régime est-il une cause bien évidente de maladie du soie? Tout le monde sait qu'on regarde l'usage immodéré des boissons spiritueuses, des aliments excitants, des excès de tout genre, comme la cause la plus puissante de l'hépatite dans les pays chauds; mais nous connaissons aussi un bon nombre de cas dans lesquels le régime le plus sévère n'a pas pu préserver de cette affection. Sans nier l'action de cette cause, reconnaissons donc qu'elle n'a pas été suffisamment appréciée.

⁽¹⁾ Hand. der med, Klin., t. V.

L'abus des purgatifs, et en particulier du calomel, a été signalé comme une cause prédisposante aussi bien qu'excitante de l'inflammation du soie. Girdlestone se prononce sormellement pour la sacheuse influence du calomel, mais ce n'est de sa part qu'une simple assertion.

Les passions tristes, la pléthore, le vice scrofuleux, ont été également rangés parmi ces causes. Il en est de même du vice arthritique, et l'on a été jusqu'à dire que les ensants étaient principalement sujets à l'hépatite pendant la période de la dentition. Ce sont là des assertions sans preuves, de même que celle de Van-Swieten, qui prétend que l'abondance de la graisse dans l'épiploon est une cause puissante d'hépatite, surtout s'il s'y joint un exercice trop violent.

Il n'est pas jusqu'à l'hérédité qui n'ait trouvé place dans cette liste, et P. Frank (1) se prononce formellement en faveur de cette opinion, combattue par d'autres auteurs, et qui n'est ni prouvée, ni même probable.

L'insluence du climat et des saisons est celle qui tient la première place dans les ouvrages des auteurs, et principalement de ceux qui ont observé dans les pays chauds. C'est dans l'Inde, aux Antilles, au Sénégal, que ces auteurs placent le théâtre principal de l'affection. Toutefois il est à ce sujet une remarque à faire et qui m'est inspirée particulièrement par l'ouvrage du docteur Annesley (2). Suivant cet auteur, il suffit d'une simple congestion du foie pour caractériser l'hépatite, et cette maladie lui a paru évidente lorsqu'il a trouvé cet état de l'organe chez des sujets emportés par d'autres affections, et entre autres par la dyssenterie. Mais, ainsi que nous le verrons plus loin, rien n'est moins admissible que cette manière de voir, dans laquelle on trouve la raison de cette proposition exagérée. Toutefois, quoique nous ne puissions pas arriver à une détermination précise de l'influence des climats chauds, nous devons citer comme probante, d'une manière générale, finanimité des auteurs sur ce point. M. le docteur Rufz, qui a observé à la Marunique, s'est convaincu qu'en effet les abcès du foie sont fréquents aux Antilles, sans toutesois déterminer leur degré de sréquence. D'un autre côté, il est vrai, P. Frank nous dit qu'il n'a pas observé plus souvent cette maladie dans les contrées méridionales de l'Europe que dans les contrées septentrionales. Mais on peut penser que la différence entre les climats où il a observé n'est pas assez grande pour établir une différence marquée dans la fréquence de la maladie. Enfin, pour montrer combien les opinions sur ce point sont contradictoires, ajoutons que Irvine assirme que cette affection est très fréquente en Sicile, tandis que Schænlein l'a trouvée plus commune dans les pays humides. Il reste, comme on le voit, beaucoup à faire sur ce point d'étiologie.

ll en est de même relativement aux saisons. Ainsi, tandis que les uns affirment que la maladie est surtout fréquente dans les saisons chaudes, d'antres, d'après flippocrate, en trouveut le plus haut degré de fréquence vers l'automne. On a été encore plus loin relativement aux influences que je viens d'indiquer. C'est ainsi que Hamilton Bell prétend que le séjour dans les climats chauds non seulement prédispose à y contracter la maladie, mais encore laisse une prédisposition qui persiste après le retour en Europe. J'ajoute que dans les recherches de M. Louis

¹¹⁾ Traité de médecine pratique; Paris, 1842, t. f.

^{12.} Researches into causes, nature, and treatment of the more prevalent diseases of India; London, 1828, t. II, in-4.

il ne s'est pas offert un seul cas pendant les grandes chaleurs. Il est vrai que ces saits sont en très petit nombre.

Il est une considération qui a été présentée, mais sur laquelle on n'a pas suffisamment insisté: c'est que l'inflammation aiguë du foie survient très fréquemment dans le cours d'autres affections. Si l'on consulte en particulier les faits rapportés par MM. Andral et Louis, on voit que les sujets étaient atteints, lors de l'invasion de l'hépatite, de maladies intestinales et pulmonaires qui duraient depuis un temps plus ou moins long. Toutefois on ne saurait regarder l'hépatite, même dans ces cas, comme une simple lésion secondaire. Les circonstances dans lesquelles elle se produit ont toujours, en effet, quelque chose de particulier.

Les recherches saites dans l'Afrique française depuis l'occupation ont démontré que l'hépatite est souvent la conséquence de la dyssenterie. C'est ce qui résulte des observations de M. Haspel (1), de M. Catteloup (2), de M. Cambay (3), de Casimir Broussais (4). On explique en pareil cas la production de la maladie par l'extension de l'inflammation au soie, et par le transport dans cet organe des matières septiques puisées dans l'intestin par les veines intestinales qui se réunissent pour sormer la veine porte. M. Legendre (5) a vu chez les ensants l'hépatite succéder à l'entérite.

Il faut dire aussi qu'on a fréquemment regardé comme de simples hépatites des abcès multiples du foie résultant de la phlébite suppurative; faits qui ne doivent pas nous occuper ici, parce que je les ai suffisamment indiqués ailleurs (6). C'est la la principale cause de l'erreur émise par un grand nombre d'auteurs qui ont regardé comme produisant l'inflammation du foie certaines affections de l'encéphale résultant des blessures du crâne.

Je ne pousse pas plus loin l'exposé de ces causes prédisposantes, parce que je n'aurais à consigner que des suppositions plus ou moins gratuites, et que ce que nous devons chercher avant tout, c'est la précision.

2° Causes occasionnelles.

J'ai suffisamment parlé plus haut des conditions atmosphériques; je n'y reviendrai donc pas ici : je dirai seulement que l'esset d'un soleil ardent, regardé comme cause déterminante de l'hépatite, a servi de prétexte à quelques auteurs, et en particulier à Girdlestone, pour chercher à établir le consensus entre les maladies du cerveau et du soie, dont je parlais tout à l'heure. D'un autre côté, certains médecius ont, après Arétée, attribué le développement de l'hépatite à l'action du froid; cette contradiction slagrante prouve combien nous sommes peu instruits sur ce point.

Les blessures du foie, qui constituent une espèce particulière d'hépatite (H. tranmutique), sont une cause évidente, mais elles regardent la chirurgie. Il n'en est pas de même des contusions sur la région hépatique: lorsqu'elles déterminent une rupture de l'organe, elles rentrent, il est vrai, dans l'espèce précédente, mais quelquesois l'inslammation se développe à la suite d'une contusion simple; c'est

⁽¹⁾ Mem. de med. de chir. et de pharm. militaires; Paris, 1843, t. LV.

⁽²⁾ Des maladies du fois en Algérie, même recueil; Paris, 1845, t. LVIII.

⁽³⁾ Malad. des pays chauds; Paris, 1848.

⁽¹⁾ Notice sur le climat et les maladies de l'Algérie, Mém. de méd. et de chir. milil., t. LX.

⁽⁵⁾ Rech. anal.-path. et elin. sur quelques malad. de l'enfance; Paris, 1846.

on Voy. t. 11, article Phicbite.

ce qui a été observé dans un petit nombre de cas. Je ne citerai pas ici celui que rapporte M. Andral (1), parce qu'il s'agit d'une hépatite chronique.

J'ai déjà parlé de l'abus des liqueurs fermentées, sur lesquelles insiste principalement Annesley, et de l'exercice violent. Les passions tristes et les passions violentes, comme la colère, sont rangées parmi les causes excitantes; mais on s'est fondé principalement sur les cas d'ictère, ce qui est évidemment une faute, puisque, dans les cas de ce genre, on observe l'ictère simple et non l'hépatite.

Je ne ferai que citer la suppression d'un flux diarrhéique (Frèd. Hossmann) ou de tout autre sux; l'extirpation des hémorrhoïdes, etc. Il est évident aujourd'hui qu'on a presque toujours attribué à ces suppressions et à ces opérations une affection du soie déjà existante.

Les corps étrangers introduits dans le foie à travers l'intestin peuvent produire l'hépatite, comme l'a observé Marchant (2), qui en a cité un exemple ; mais ce sont à des cas extrêmement rares.

J'ajoute, pour démontrer l'incertitude de cette étiologie, que dans les observations que j'ai rassemblées, on n'a point trouvé de cause occasionnelle appréciable.

Reste une dernière question: Les maladies gastro-intestinales, et en particulier l'inflammation, peuvent-elles, en se propageant au foie, déterminer l'hépatite? C'est là une opinion qui a été soutenue dans ces dernières années par les médecins de l'école physiologique; mais elle tombe devant les faits, car on n'a trouvé ni dans l'estomac ni dans l'intestin aucune lésion qui ait un rapport direct avec l'inflammation du foie. Le duodénum en particulier, sur l'inflammation duquel Cas. Broussais (3) avait spécialement attiré l'attention, a été toujours examiné avec soin par M. Louis, qui l'a constamment trouvé à l'état sain. Il n'est pas douteux, il est trai, que l'inflammation du foie ne se soit assez souvent montrée dans le cours des inflammations gastro-intestinales, mais nous avons vu qu'il en était de même pour les affections du poumon, et par conséquent il n'y a là rien de propre aux maladies de l'intestin.

Il n'y a évidemment d'admissible que la transmission de l'inflammation de l'intestin au foie par l'intermédiaire des veines, ce qui est bien différent de la propagation de l'inflammation telle que l'entendait l'école physiologique, et encore n'avons-nous pas, sur ce point, une démonstration complète.

On a cité comme démontrée l'existence de véritables épidémies d'hépatite; mais si l'on jette un coup d'œil sur les principaux auteurs, on voit bientôt que ces prétendues épidémies ne sont autre chose qu'une certaine augmentation dans la fréquence de l'affection, ou de simples épidémies d'ictère. L'existence de la contagion signalée par J. Frank (4) est encore moins admissible, puisque cet auteur, pour l'établir, n'a trouvé rien de mieux que de citer l'instammation du soie dans la peste et dans le typhus.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de l'hépatite aiguë sont très difficiles à tracer d'une manière pré-

⁽¹⁾ Loc. cit., obs. xxvIII.

⁽²⁾ Voy. Foundaoy, Med. éclairée par les sc. phys.; Paris, 1792, t. IV.

⁽a) Sur la duodénite chronique; Paris, 1825, in-8.

¹⁾ Prazess medicæ pars III, vol. II, sect. II, De hepatilide.

cise, ca qui tient aux complications et au mélange fréquent des phénomères primitifs et des phénomères secondaires. Je vais tâcher, à l'aide des observations, de démêler ce qui appartient en propre à l'inflammation du foie.

Faut-il, dans la description des symptômes, suivre une des divisions qui ont été proposées par les auteurs? Nous savons que les anciens, sous les noms d'érysipèle et de phlegmon du foie, distinguaient l'inflammation des parties superficielles de celle des parties profondes; mais lorsqu'on a voulu chercher dans l'anatomie pathologique l'existence de cette division, on a vu que la péritonite partielle en avait imposé pour une inflammation de l'organe lui-même. Cependant Naumann a cru devoir conserver cette distinction; mais nous ne pouvons pas plus l'admettre que nous n'avons admis comme inflammation superficielle du poumon la pleurésie, qui se joint si souvent à la pneumonie. Le même auteur distingue ensuite l'hépatite : en inflammation de la partie convexe, inflammation de la partie inférieure, inflammation du centre, inflammation du lobe gauche, et enfin, comme je l'ai dit plus haut, il décrit l'hépatite des enfants. La division d'Annesley se rapproche de la précédente, sauf qu'il ne traite pas de la dernière espèce. Quant aux divisions des autres auteurs, elles n'ont pas une valeur bien grande, et pour le prouver il me suffit d'indiquer celle de Jos. Frank, qui veut qu'on décrive séparément les hépatites : traumatique, causée par un calcul, rhumatique et catarrhale, inflammatoire, nerveuse, gastrique et intermittente. Cette division, soudée soit sur certaines causes, soit sur des symptômes accidentels, soit sur de simples hypothèses, n'a point de valeur réelle. Il me suffira de mentionner plus loin quelques unes des circonstances qui viennent d'être indiquées.

En définitive, je pense que dans l'état actuel de la science, on ne peut faire autrement que de décrire les symptômes de l'hépatite aiguë en général, et de réserver l'examen des assertions des auteurs, relativement à l'hépatite partielle, pour quelques considérations ultérieures.

Début. Il est très difficile de reconnaître dans les symptômes du début ce qui appartient en propre à l'hépatite, parce que, comme nous l'avons dit plus haut, cette affection survient dans le cours d'autres maladies plus ou moins intenses. Cependant, dans quelques unes des observations de M. Louis, on trouve des phénomènes qui se rapportent évidemment au début de l'affection hépatique. Chez deux malades, en effet, qui avaient l'un une bronchite intense, l'autre des phénomènes gastriques durant depuis longtemps, il survint un frisson notable, suivi chez l'un d'eux d'autres frissons qui se reproduisaient tous les soirs, et chez tous les deux d'une chaleur plus ou moins vive. Chez un troisième, la chaleur exista seule avec un mouvement fébrile assez marqué. Ce qui prouve que ces symptômes étaient liés à l'apparition de l'hépatite, c'est qu'en même temps, ou très peu de temps après, survinrent la douleur de l'hypochondre droit et l'ictère, symptômes qui, comme nous le verrons plus loin, sont, lorsqu'ils existent ensemble, les plus propres à caractériser cette maladie.

Il est plus que probable que lorsque l'inflammation du soie se maniseste avec un degré d'acuité marqué, des signes de ce genre doivent se montrer très fréquemment; mais on est appelé souvent trop tard pour les constater, les malades donnent des renseignements insuffisants, et d'ailleurs la maladie peut se développer dans le cours d'une autre affection sébrile : autant de causes qui empêchent qu'on

puisse sacilement les reconnaître. Cependant il n'est pas douteux que l'inflammation du soie peut débuter simplement par des symptômes locaux, et c'est ce qu'on a observé principalement lorsque l'hépatite est le résultat d'une contusion. Sous ce rapport donc, cette maladie ne dissère pas des autres affections inflammatoires, et notamment de la pneumonie.

En même temps que ces symptômes du début ont lieu, on note des symptômes gatriques qui peuvent dépendre uniquement de l'hépatite, comme le prouve une observation citée par M. Andral (obs. xxiv). Le sujet fut en effet pris tout à coup des signes d'une violente indigestion, bientôt suivie des phénomènes qui caractérisent l'inflammation du foie. Dans la première observation de M. Louis, nous voyons également des troubles digestifs apparaître en même temps que les frissons qui annonçaient l'hépatite. Ces troubles digestifs consistent dans l'anorexie poussée parfois jusqu'au dégoût pour les aliments, et souvent dans une soif vive. Nous alons, au reste, retrouver ces symptômes dans la déscription suivante.

Symptomes. Une douleur plus ou moins vive se montre dans la région du soie. Elle se sait moins souveut sentir à la pression que d'une manière spontanée, ce qui tient probablement à ce que la pression ne peut pas être exercée d'une manière convenable, vu la prosondeur où se trouve la lésion. Lorsque la douleur à la pression existe, elle est presque toujours précédée d'une douleur spontanée; néanmoins, dans un cas cité par M. Louis, celle-ci a manqué complétement, tandis que la première était notable. Dans un autre, dont je dois la communication à M. Fauvel, l'existait qu'une simple gêne dans l'hypochondre droit.

Quoique la douleur, comme je l'ai dit, se montre ordinairement, on la voit cependant manquer complétement dans un nombre assez notable d'observations.

C'est ainsi que sur quinze cas empruntés à Portal et à MM. Andral, Louis et Fauvel,
la douleur a été nulle cinq sois. Si donc nous cherchons à apprécier ce symptôme,
mus voyons que seul il n'a pas une valeur absolue, mais que toutesois il doit être
pris en grande considération, et que, rapproché d'autres phénomènes que nous
indiquerons plus tard, il doit nécessairement acquérir une grande importance.

Parsois la douleur est très vive, mais le plus souvent elle n'a qu'une médiocre intensité, et il est rare qu'on observe de véritables élancements. M. Bonnet (1) a cherché à distinguer quelle est la douleur qui appartient en propre à l'hépatite. Pour mi, c'est seulement la douleur sourde, prosonde, tandis qu'une douleur aiguë, pongitive, lancinante, appartient exclusivement à l'inflammation du péritoine hépatique; mais lorsqu'on examine les saits, on ne peut admettre cette explication, car dans cinq des observations que j'ai rassemblées, et dans lesquelles il y avait absence de toute lésion de la séreuse, une véritable douleur aiguë existait dans l'hypochondre droit, et dans trois elle était vive, avec un caractère lancinant. L'observation de M. Bonnet n'est donc juste que pour un certain nombre de cas, et il a eu tort de la généraliser.

Dans les observations, le siège de la douleur est généralement placé à l'hypochondre droit sans plus de précision. Dans un cas observé par M. Louis, elle était agué et fixée au-dessous de la région mammaire; mais dans le plus grand nombre elle occupait une plus ou moins grande étendue, correspondant aux fausses côtes droites. La douleur n'est pas toujours fixée tout d'abord à l'hypochondre; c'est

⁽i) Trailé des malad. du soie; Paris, 1841,

ainsi qu'on la voit occuper une partie de la poitrine et l'épigastre avant de se concentrer dans la région du soie. On a dit et répété souvent qu'un des caractères de la douleur produite par l'hépatite était de s'irradier vers le cou et l'épaule droite; mais il résulte des faits qu'on a, ainsi que l'avait déjà remarqué M. Louis, pris l'exception pour la règle. N'oublions pas d'ailleurs qu'une affection aigué de la plèvre peut, comme j'en citerai des exemples, se joindre à la maladie du soie, el expliquer, dans quelques cas, l'existence de la douleur de l'épaule. Dans aucuni des observations que j'ai mentionnées plus haut, et où ce symptôme a été recherche avec soin, la douleur ne s'est irradiée dans cette partie. Ce sait seul sussit pour démontrer la vérité de ma proposition.

L'augmentation de volume du foie donne assez souvent lieu à des signes particuliers, mais qui sont loin d'être constants, puisque sur douze observations qui j'ai rassemblées, cinq fois à l'autopsie on a trouvé le volume du foie parsaitement normal, ce qui est complétement en contradiction avec les assertions de M. Piorry (1). Suivant cet auteur, en effet, l'augmentation de volume du foie serait un des signes caractéristiques de l'hépatite; mais il a confondu l'inflammation avec la simple congestion, et cette grave erreur ôte toute valeur à son assertion. A peine donc est-il nécessaire de dire que, suivant lui, la hauteur du foie attein sous l'aisselle jusqu'à 15 et 22 centimètres. Cette proposition, dans laquelle l'augmentation de volume de l'organe est très exagérée, n'est, je le répète, exacte que pour un nombre de cas qui ne s'élève qu'à une faible majorité.

Lorsque le volume du foie est augmenté, il y a une tension plus ou moins notable dans l'hypochondre. On sent une certaine résistance sous les sausses côtes droites et à l'épigastre, et si l'organe est très volumineux, on trouve, en palpant l'abdomen, son bord inférieur descendu à 3, 4, 6 centimètres au-dessous des sausses côtes, et même plus.

On peut, à l'aide de la percussion, constater d'une manière plus précise le développement du foie. Ce moyen d'exploration permet, en esset, de reconnaître si l'organe s'est élevé plus ou moins au-dessus de la huitième côte, qui est la limite ordinaire. Mais nous avons vu plus haut dans quelles erreurs on peut tomber si l'on ne distingue pas avec soin les divers cas. La palpation seule est suffisante pour reconnaître le développement du soie du côté de l'abdomen.

Nous devons maintenant nous occuper de l'ictère, phénomène important qui, joint à la douleur, sert, suivant l'opinion de M. Louis, à caractériser mieux que tout autre l'inflammation du foie. Sur treize observations que j'ai rassemblées, cinq seulement disent qu'il n'y avait pas d'ictère, et dans deux d'entre elles il n'y avait ni l'un ni l'autre des deux symptômes en question. Ces deux derniers cas doivent être regardés comme des exemples d'hépatite latente, et l'un d'eux surtout, dans lequel le volume du foie était resté normal. Dans sept cas, c'est-à-dire dans un peu plus de la moitié, la douleur et l'ictère se sont trouvés réunis; aussi n'y a-t-il pas eu d'hésitation dans le diagnostic. Dans quatre, l'ictère a existé sans douleur, et dans trois, au contraire, la douleur s'est montrée en l'absence de l'ictère. On voit que si, comme la douleur, ce dernier symptôme a une importance marquée dans l'histoire de l'hépatite, il n'a pas isolément une valeur plus grande.

^{(1&#}x27; Traile de dinynostie; Paris, 1810, t. II. p. 250.

et qu'on ne trouve pas de phénomène constant dans cette affection. Je reviendrai sur l'appréciation de ces signes à l'occasion du diagnostic.

J'ajoute seulement ici qu'après avoir cherché, dans les faits, si l'ictère correspondait plus fréquemment aux lésions de la face inférieure du foie qu'à celles du centre et de la face convexe, j'ai trouvé qu'il n'en était rien; car deux fois seulement les abcès étaient très rapprochés de cette face inférieure, tandis que dans tous les autres cas où l'ictère existait, ils occupaient le centre, ou la face contexe, ou ces deux points à la fois.

Nous avons vu que le début était presque toujours marqué par des symptômes ayant leur siège dans les voies gastro-intestinales, alors même que celles-ci ne présentaient aucune altération antérieure. Pendant le cours de la maladie, ces symptômes persistent. L'appétit reste constamment nul; on a noté, dans un assez bon nombre de cas, la bouche pâteuse, mais non l'amertume qui a été signalée par un assez bon nombre d'auteurs. La soif est presque toujours vive; la langue, ordinairement molle, blanchâtre, couverte d'un léger enduit, présente parsois une rougeur vive au pourtour, et un pointillé rouge au centre. Elle ne devient sèche et brune que vers la fin de la maladie, lorsqu'il est survenu des symptômes adynamiques. Dans plusieurs cas, on note des nausées, parsois même des vomissements bilieux plus ou moins fréquents; mais presque toujours alors on trouve dans l'estomac des lésions qui rendent suffisamment compte du symptôme.

J'ai dit plus haut que quelquesois on notait une douleur assez vive à l'épigastre; lorsque le lobe gauche du soie est ensiammé, on peut attribuer ce phénomène à sa lésion; mais il n'en est pas toujours ainsi, et, dans quelques cas, l'inslammation seule de l'estomac a pu expliquer son existence.

Du côté de l'intestin, on trouve des phénomènes variables. Dans les observations que j'ai rassemblées, le dévoiement s'est montré aussi souvent que la constipation. Parsois on voit celle-ci exister d'abord, puis le dévoiement survenir à mesure que la maladie sait des progrès. D'autres sois, au contraire, une constipation opiniatre succède à une diarrhée d'assez longue durée, et ensin, dans quelques cas rares, il y a des alternatives de dévoiement et de constipation, tandis que chez d'autres sujets, comme MM. Andral et Fauvel en ont cité des exemples, la désécation reste normale.

La matière des selles dissère suivant qu'il y a diarrhée ou constipation. Dans ce dernier cas, elle est ordinairement décolorée, et, dans le premier, le liquide rendu est sréquemment comme de l'eau colorée en jaune. Quelques sujets ont des selles surguinolentes eu sanglantes, ce qui tient à des causes dissèrentes. Le plus souvent on trouve en pareil cas des ulcères intestinaux dus à une autre maladie, et principalement à la phthisie, ulcères qui ont été la source du sang trouvé dans les selles; mais il peut arriver, et M. Louis (obs. 111) en a cité un exemple bien remarquable, que le sang vienne du soie lui-même, Chez le sujet de cette observation, il y eut, à deux époques de la maladie, des selles composées de sang et moulées comme des matières sécales, et à l'autopsie on trouva prosondément, à droite du ligament suspenseur, et immédiatement au-dessus des vaisseaux qui pénètrent dans le silon transverse, un caillot sibrineux de sang noir disposé par conches concentriques. M. Louis n'hésite pas à regarder la persoration d'un vaisseau sanguin, que sependant il n'a pu constater d'une manière rigoureuse, comme la source de l'hémorrhagie, et l'on ne peut s'empêcher de se ranger à sa manière de voir.

Enfin, à une époque avancée, les selles deviennent parfois complétement purulentes. Il y a alors communication de l'abcès avec le colon par suite d'une perforation. C'est ce qu'on observa dans le cas que je viens de citer; car, après les selles sanglantes, le malade eut des déjections alvines presque entièrement formées de pus

Du côté de la respiration, on remarque assez souvent des symptômes importants dont il faut chercher à apprécier la valeur. On a dit, en effet, et répété, surtout dans ces derniers temps, que dans l'hépatite, la respiration est gênée, et que, par suite, le décubitus peut présenter quelque chose de particulier. Ces phénomènes une fois admis, on les a attribués, d'une part, à la compression du poumon, causée par le développement du foie, et de l'autre, à la douleur augmentée par l'abaissement du diaphragme.

Relativement à la première explication, je pourrais me borner à rappeler qu'un développement du foie assez considérable pour produire une gêne de la respiration est un fait rare dans l'hépatite aigué; mais il vaut mieux examiner les faits. Parmi les treize observations que j'ai rassemblées, il n'en est que neuf dans lesquelles l'état de la respiration ait été mentionné. Une seule fois, sur ces neuf ces, il n'y eut aucune lésion étrangère au foie, et la respiration resta normale jusqu'à la fin. Dans trois autres cas, la respiration ne fut nullement troublée dans les premiers temps de la maladie; mais à une époque plus ou moins éloignée, il se manifesta une oppression considérable. Or l'observation fit connaître d'une manière précise la cause de ce symptôme; car, chez l'un des trois sujets, il survint une pneumonie; chez un autre des abcès avec infiltration du pharynx et de la partie supérieure du larynx se produisirent; et chez le troisième, dont l'observation à été recueillie par M. Fauvel, une suffocation considérable se manifesta au moment où il se fit une large communication entre le foyer purulent et plusieurs veines sushépatiques par l'intermédiaire desquelles le pus pénétra dans la velne cave. Enfin. chez tous les autres sujets, une bronchite intense, une pneumonie ou une pleurésie, rendaient parfaitement compte des troubles respiratoires.

On peut donc dire, d'une manière générale, que les troubles de la respiration ne sont pas des symptômes qui appartiennent en propre à l'hépatite aignē. Cependant on conçoit très bien que si une inflammation du péritoine de la face convexe du foie se joignait à celle du parenchyme même, si la douleur était très vive, si enfin, dans quelques cas exceptionnels, le volume de l'organe devenaît très considérable, la respiration pourrait se trouver gênée; mais les faits précédents provvent que ce ne sont pas là les cas ordinaires.

Maintenant voyons si l'on peut rapprocher de ce qui précède le décubitus des malades. Suivant la plupart des auteurs, le décubitus est difficile et souvent même impossible sur le côté gauche, les malades demandent qu'on élève leur tête, et ils changent rarement de position. Mais si l'on recherche dans les observations la valeur de ces assertions, on voit que toute appréciation est impossible. Parmi les faits que j'ai rassemblés, il n'en est que deux, rapportés par M. Louis, qui fassent mention du décubitus, et dans l'un il avait lieu à gauche, la tête étant notablement élèvée, tandis que dans l'autre il avait lieu à droite, la tête basse. On voit qu'on me peut rien conclure d'un si petit nombre de faits, et l'on doit s'étonner de l'impossible auteurs sur un point que l'observation n'a pas suffisamment

ou moins fréquent; mais ce symptôme ne s'est évidemment montré que dans quelques cas rares.

L'état des urines mérite d'être mentionné, à cause de ses rapports bien connus vec l'ictère; malheureusement il est bien loin d'être toujours constaté dans les observations. Cependant on admet généralement que les urines ont une couleur rougeâtre, foncée ou bien orangée, en un mot qu'elles sont telles qu'on les observe dans l'ictère; mais le fait n'est pas constant. Dans un cas, en effet, les urines sont restées normales, et dans plusieurs autres leur état n'est pas indiqué, peut-être parce qu'elles ne présentaient rien de particulier. Ce qu'il importe de noter, c'est que, dans les cas où les urines avaient l'aspect bilieux, il existait constamment me ictère.

Dans tous les cas, il se manifeste des symptômes généraux plus ou moins intenses. J'ai signalé plus haut ceux qui servent à caractériser le début; on les voit ensuite persister à un plus ou moins haut degré.

Le pouls, d'abord développé, fréquent, pouvant s'élever jusqu'à 144 pulsations, comme dans la seconde observation de M. Louis, et conservant sa régularité, perd ensuite ordinairement une grande partie de sa fréquence, et devient faible, petit, misérable vers la fin de la maladie. Parfois aussi il prend une irrégularité marquée.

On observe en outre de l'agitation, principalement la nuit, et, dans les derniers moments, de la somnolence, puis du délire, un grand affaissement, et enfin un état que la plupart des auteurs ont décrit sous le nom d'adynamique. Dans quel-ques cas rares, cependant, les sujets succombent épuisés, mais sans présenter les phénomènes qui viennent d'être indiqués, et les facultés intellectuelles peuvent se conserver intactes jusqu'au dernier moment. Les vertiges, les étourdissements; ne montrent pas ordinairement dans l'hépatite. Il n'en est pas de même de la céphalalgie, qui a été notée dans trois des cas cités par M. Louis. Ce symptôme, du reste, est très variable quant à l'intensité.

le devrais maintenant parler des symptômes qui se manifestent lorsqu'un abcès maidérable résultant d'une hépatite aigué tend à se faire jour au dehors, et peut ère diagnostiqué. Ces abcès, en effet, sont la conséquence immédiate de l'hépatite, qu'il n'y aurait donc pas à hésiter; mais il n'en est plus ainsi quand on envisage la question sous le point de vue pratique. Les abcès du foie, accessibles à nos moyens d'investigation, peuvent être la conséquence de l'hépatite chronique aussi bien que de l'hépatite aigué; en outre, une fois formés, ils ont une importance telle, qu'il but nécessairement les étudier comme constituant une maladie particulière. Je dois par conséquent leur consacrer un article spécial.

Mais il est quelques accidents qui sont la conséquence de l'hépatite, et que je ne peur m'empêcher de signaler. Nous avons vu plus haut qu'un abcès du soie avait pénétré jusque dans la veine cave, par l'intermédiaire des veines sus-hépatiques. La sussocation extrême en sut la conséquence immédiate. M. Piorry (1) à vu l'abcès iouvrir directement dans la veine cave.

On a cité des cas où le foyer purulent s'est vidé dans les intestins, et j'ai sait connaître à ce sujet le sait remarquable rapporté par M. Louis : c'est l'état san-

⁽¹⁾ Trailé de diagnostic et de séméiologie ; Paris, 1840.

glant ou purulent des selles, des coliques, et surtout l'apparition rapide de ces symptômes coïncidant avec un soulagement du côté de la région hépatique, qui font reconnaître l'accident. Dans quelques cas, l'abcès s'est ouvert dans le péritoine même. Alors survient une péritonite suraigue, dont il sera question dans un des articles suivants.

Ensu on a vu des abcès du foie se faire jour, à travers le diaphragme, dans la plèvre et les poumons. Le vomissement de pus succédant aux phénomènes précédemment décrits, ou bien la pleurésie suraiguë, sont les symptômes de cette rupture.

Variétés de l'hépatite. J'ai mentionné plus haut les divisions proposées par les auteurs. Il s'agit maintenant de rechercher s'il y a, dans les espèces admises, quelques particularités importantes et surtout bien constatées.

Suivant le siège, on a, ai-je dit, décrit d'abord une hépatite de la face convexe du foie. Voici les signes qui, suivant Naumann, la feraient reconnaître: Douleur aiguë, lancinante, se propageant au cou et à l'épanle, augmentée par la pression. Tension notable de l'hypochondre; dyspnée, oppression, toux sèche ou avec expectoration muqueuse. Évacuations alvines irrégulières et variables; ictère rare. Si, au lieu d'accepter sans contrôle les opinions des auteurs, on examine les saits, on est bientôt convaincu que cette description n'a pas été tracée d'après l'analyse des observations. Ce que j'ai dit plus haut à propos de l'ictère, des troubles de la respiration et de la douleur, le prouve surabondamment.

Les symptômes assignés à l'hépatite de la face inférieure sont les suivants: Troubles digestifs, se rapprochant beaucoup de ceux qu'on a décrits sous le nom d'embarras gastrique, avec vomissement de bile et diarrhée billieuse. Anxiété épigastrique; douleur moins vive, occupant principalement l'épigastre, ou s'irradiant vers l'abdomen et la cuisse droite; ictère presque constant. N'est-il pas évident qu'on a oublié de tenir compte, dans cette description, des lésions gastrointestinales que j'ai signalées? Je me contente de cette remarque, renvoyant pour plus de détails à l'analyse des observations, malheureusement peu pombreuses, que j'ai présentées dans le cours de cet article.

L'hépatite du centre est, de l'aveu même des auteurs qui ont voulu lui assigner des caractères particuliers, très difficile à distinguer. Ses caractères sont, en effet, complétement négatifs, ou semblables à ceux de l'espèce précédente. Il suffit donc de remarquer que, d'après l'opinion dont il s'agit, l'hépatite centrale constituerait plus fréquemment que les autres l'inflammation latente déjà mentionnée, et dont je parlerai encore.

Quant à l'hépatite des enfants, j'ai déjà dit quelles sont les raisons qui portent à révoquer en doute son existence comme espèce distincte. J'ajoute que je n'ai ja-mais observé l'inflammation du soie chez le nouveau-né; que Billard (1) nous apprend qu'il ne l'a pas rencontrée davantage chez les ensants à la mamelle; et que MM. Rilliet et Barthez (2) n'en indiquent que six observations sur les ensants approchant de l'âge de cinq ans, et qui n'ont présenté rien de particulier sous le rapport des symptômes. Cela sussit pour qu'on soit en droit de révoquer en doute l'exactitude de la description, d'ailleurs sort vague, que les docteurs Naumann. Reusch et Henke nous ont données de cette espèce d'hépatite.

⁽¹⁾ Traité des malad. des enf., 2º édit., p. 439.

^{(2.} Traité des malad. des enf., t. 100, article l'épatite.

J'ai déjà dit, à propos de la division de J. Frank, que les espèces qu'il distingue ne sont pas admissibles.

§ IV. - Marche; durée; terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est ordinairement continue et rapide. Les symptômes atteignent promptement leur plus haut degré d'intensité. Cependant il faut noter les frissons revenant le soir, et qui donnent à l'affection une certaine physionomie de maladie intermittente. Ils ont été remarquables non seulement dans le fait de M. Louis, cité plus haut, mais encore dans une des observations que m'a communiquées M. Fauvel.

Dans les cas les plus ordinaires, la durée ne dépasse pas trois semaines; cependant, plusieurs abcès pouvant se sormer successivement, on voit quelquesois la maladie durer plus d'un mois ou six semaines. On reconnaît qu'elle a conservé son caractère d'affection aiguë à l'état de la sausse membrane qui entoure les abcès, et surtout à la coloration rouge avec ramollissement considérable du tissu environnant.

L'hépatite pent-elle se terminer par la guérison? C'est ce qui n'est pas douteux pour M. Mérat, même lorsqu'il s'agit de l'hépatite avec suppuration (1). Ce médecin regarde comme des cicatrices d'abcès des productions fibreuses à sorme stelbire qu'on a quelquesois rencontrées dans le tissu hépatique. Mais, d'un autre côté, voici comment M. Louis (2) s'exprime sur ce sujet : « Un fait bien remarquable, dit-il, et qui semble indiquer dans les abcès du foie une affection extrêmement grave et qui ne guérit pas, c'est qu'on ne rencontre pas de cicatrices dans cet organe. Quelque attention que nous ayons mise dans nos recherches, nous n'avons rien trouvé de semblable : à la vérité, on a quelquesois vu, dans l'intérieur du soie, des productions fibreuses, et M. Mérat, dans un mémoire fort intéressant sur l'hépatite (3), dit que parsois ces productions ont une sorme stellaire, et pourraient être regardées comme des cicatrices; mais on sent que, pour admettre cette interprétation, il faudrait avoir vu les cicatrices du soie dans toutes leurs périodes, depuis le moment où elles commenceraient à se sormer, contenant une certaine quantité de pus entre leurs extrémités, jusqu'à celui où elles seraient complètes et plus ou moins denses : ce qui n'a pas été fait.

» Nous ajouterons à ces remarques que les abcès du foie étant ordinairement en grand nombre, on ne devrait considérer les productions fibreuses ou cartilagineuses qu'on y trouverait comme le produit de quelque cicatrice, qu'autant qu'elles ne seraient pas uniques. »

Ce qui consirme cette opinion de M. Louis, c'est q e presque toutes les sois, que, pendant la vie, on a pu constater l'existence d'une hépatite très intense, et qu'on a pu supposer la sormation d'un abcès, la terminaison a été satale. Cependant il est des cas où la persoration d'un organe creux, comme l'intestin, les bronches, etc., ayant permis aux abcès du soie de se vider au dehors, la guérison à eu lieu. On ne peut pas douter de l'existence de l'hépatite dans des cas semblables; mais ce n'est pas sur eux qu'on a étudié les cicatrices. Quant à la terminaison heureuse par suite de rupture des abcès, j'en parlerai en détail dans un des articles snivants.

¹¹⁾ Diet. des sc. med., Malades de Poie.

⁽²⁾ Loc. cit., p. 408.

¹³⁾ Dict. des sciences médicales.

Restent donc les cas où l'inflammation ne produit que le gonfiement et le ramollissement probable de l'organe. Ces cas sont guérissables; j'en dirai quelques mots à l'occasion du pronostie.

§ ▼. — Lésions anatomiques.

D'après un bon nombre d'auteurs, une congestion notable du foic et un certain dégré de ramollissement suffiraient pour caractériser anatomiquement l'hépatite; mais cette opinion n'est appuyée sur aucune preuve solide. Nous savons que la congestion du foie est, en général, l'effet d'une simple stase du sang, et, d'un autre côté, ainsi que le fait remarquer M. Louis, le ramollissement des divers organes se montre dans des cas où l'inflammation ne saurait être admise. Sans doute, a le gonflement, une rougeur notable, un ramollissement considérable se trouvaient chez un sujet qui aurait présenté pendant la vie les symptômes indiqués plus haut, on ne devrait pas hésiter à voir la les lésions anatomiques de l'inflammation du foie; mais les faits de ce genre ne se trouvent nulle part. Dans l'état actuel de la science, on ne peut admettre, comme caractérisant rigoureusement l'hépatite, d'autre lésion que la suppuration du foie. Je me contenterai donc de donner une description rapide de l'hépatite avec suppuration.

Ce sont d'abord des plaques plus ou moins étendues, d'une couleur jaune ou jaune-verdâtre, siégeant à une plus ou moins grande profondeur, souvent visibles au-dessous des membranes, et qui, quand on les incise, laissent voir une étendue plus ou moins considérable du foie occupée par une infiltration purulente, compacte, au-milieu de laquelle on peut trouver déjà un ou plusieurs points liquides qui annoncent la réunion du pus en foyers.

Ensuite on trouve des abcès véritables, d'une grosseur très diverse, puisqu'il y en a comme un pois, comme une noisette, ou bien comme un œuf de poule, et de plus volumineux encore. Ces abcès sont surtout remarquables par la fausse membrane qui les entoure. Cette fausse membrane, d'aspect albumineux, ordinairement mince et molle, présente, du côté du foie, des prolongements, des filaments faciles à rompre, et qui constituent des adhérences légères. A l'intérieur du foyer, on observe souvent une disposition qui a été décrite avec soin par M. Louis : c'est l'existence de petits prolongements semblables à des commencements de cloison, et qui indiquent que l'abcès est formé par la réunion d'antres abcès plus petits. Ce qui tend encore à confirmer cette opinion, c'est que les abcès les moins volumineux, ceux qui ne sont pas plus gros qu'un pois, ont déjà une fausse membrane, et qu'on trouve souvent un certain nombre de ces petits abcès très voisius l'un de l'autre, de manière qu'an moindre développement ils doivent se réunir par la rupture de leurs fausses membranes très peu consistantes. Dans quelques cas rares, il n'y a point de fausse membrane, et le tissu du foie ramolli forme seul les parois de l'abcès.

Le pus contenu dans ces cavités est ordinairement jaune ou d'un jaune verdâtre, épais, sans odeur particulière, en un mot de bonne qualité. Quelquesois, cependant, on l'a trouvé sanieux et nauséabond.

M. Andral a vu un cas dans lequel les parois du foyer purulent étaient extrêmement ramollies, réduites en putrilage verdâtre et exhalant une odeur gangréneuse. M. le docteur Stuart Cooper (1) a rapporté un cas du même genre, ob-

⁽¹⁾ Bull. de la Soc. anat., 1846.

pu rapporter à cette lésion, est une douleur très vive à l'épigastre dans les derniers jours. La gangrène était médiocrement étendue. Les cas de ce genre sont rares, et n'on en juge par ce dernier fait, il est impossible de reconnaître pendant la vie la gangrène du soie.

Quant au siège des abcès, nous avons vu qu'il occupait principalement les points rapprochés de la face convexe, et qu'ensuite on le trouvait plus souvent au centre de l'organe.

Enfin la rougeur, le ramollissement du parenchyme entourant les abcès, des adhérences récentes du péritoine hépatique avec le péritoine du diaphragme et des parois abdominales, le développement ordinairement limité de l'organe, les diverses perforations communiquant dans le colon, le péritoine, les veines, les plèves, les pournons, les lésions qui en sont la suite, et que je ne dois pas présenter iti, complétent le tableau de ces lésions anatomiques graves.

§ VI. — Diagnostie; pronostis.

Tout le anonde convient que le diagnostic de l'hépatite aigué présente fréquemment de grandes difficultés. Nous en avons trouvé la raison dans les complications et surtout dans le peu de constance des symptômes, considérés isolément. Voyons maintenant comment en peut surmanter ces difficultés, et pour cela commençons par rechercher les principeux caractères de l'hépatite.

Ni l'ictère, ai la douleur, ne peuvent isolément caractériser oette affection: c'est se que îl. Louis a établi d'après l'examen de ses observations; mais si, en l'absence de toute-autre affection aigué, ces deux symptômes sont réunis, si la douleur est constante et notable, on a déjà bien des raisons d'admettre l'existence de l'hépatite, et tous les doutes sont levés s'il y a eu une invasion sébrile, si les frismes se sont remouvelés, si la sièvre persiste dans le cours de la maladie, si le soie devient volumineux, ou seulement s'il y a une tension notable de l'hypochondre.

Les affections avec lesquelles on pourrait consondre l'hépatite aiguë sont d'abord celles qui out leur siège dans le côté droit de la poitrine. La pneumonie aiguë se distingue par l'absence de l'ictère, par le siège plus élevé de la douleur, par les phénomènes stéthoscopiques, et par les symptômes locaux (oppression; toux; expectoration). Cette affection isolée ne peut plus être consondue aujourd'hui avec l'hépatite; quand les deux sont rénnies, le diagnostic est plus difficile; cependant leurs symptômes sont assez distincts pour qu'on puisse, avec un peu d'attention, contact pour peur des comment de leur apparition, toume on le voit dans plusieurs des observations de MM. Louis et Andral.

la distinction entre l'hépatite et la pleurésie aigue offre des difficultés plus prades. Dans cette dernière affection, le soie peut être repoussé en bas et la dou-leur avoir non siège dans un point voisin de l'hypochendre droit. Mais l'ictère manque, la toux et l'oppression qui, ainsi que nous l'avons vu, n'appartiennent réellement pas à l'hépatite aigue, font reconnaître l'existence de l'affection pecto-tale, et les résultats de l'auscultation et de la percussion lèvent tous les doutes. Dans les cas qu les deux maladies existent simultanément, la présence on l'absence de l'ictère a une grande valeur. Cependant n'oublions pas que ce symptôme peut manquer dans l'hépatite, et reconnaissons que ce diagnostic a besoin d'être précisé.

Du côté de l'abdomen, on peut confondre l'hépatite aigué avec une néphrite intense; mais c'est un diagnostic sur lequel je me réserve de revenir dans l'article consacré aux maladies des reins. Je dirai seulement ici que, lorsqu'une inflammation de ces organes est assez considérable pour pouvoir simuler l'hépatite aigué, on trouve dans l'état des urines des signes qui fixent le diagnostic. On arrive même par là à distinguer les deux affections lorsqu'elles existent ensemble, comme cela eu lieu dans un cas cité par M. Louis, et où les prines étaient purulentes.

Une affection, sur le diagnostic de laquelle on a beaucoup insisté depuis Galien (1), est le rhumatisme aigu ou l'inflammation des muscles de l'abdomen; mais nous devons d'abord mettre de côté l'inflammation, qui est un fait extrêmement rare; et, quant au rhumatisme aigu, dont la fréquence est également loin d'être grande, nous remarquerons que, s'il existe de la douleur, si les contractions des muscles abdominaux peuvent en imposer à un examen superficiel pour une tuméfaction du foie, d'un autre côté, nous voyons manquer l'ictère, et la palpation exacte, ainsi que la percussion, fait bientôt reconnaître qu'il n'y a réellement pas augmentation de volume de l'organe.

Quant à la gastrite, elle dissère de l'hépatite lorsqu'elle est très aigué ou plutôt très violente, ce qui est rare, par la douleur sixée à l'épigastre, par les vomissements incessants, par la constipation, et par l'absence de tension à l'hypochondre.

On ne peut pas consondre avec l'hépatite aiguë le cancer et les hydatides du soie. Quant aux congestions sanguines, nous avons vu qu'elles sont dues à une state du sang causée principalement par les affections du cœur. L'existence de ces affections, la marche chronique de la maladie, l'absence presque constante de douleurs réclles, car il n'existe qu'une simple gêne en pareil cas, et l'absence d'ictère, suf-fisent pour saire éviter l'erreur.

Je n'examinerai pas ici les différences qui peuvent exister entre l'obstruction des voies biliaires par un calcul et l'hépatite; j'en parlerai plus loin. Mais je dirai un mot du diagnostic de la rupture des abcès du foic dans les différents points indiqués plus haut.

La rupture dans le péritoine est annoncée par une douleur subite très vive, s'irradiant dans l'abdomen, accompagnée d'accélération et de dépression du pouls, d'un froid marqué des extrémités, d'anxiété, en un mot des signes d'une péritonite suraigué. La rupture dans le colon donne lieu à des selles sanglantes, purulentes, précédées de coliques plus ou moins vives.

La rupture dans les bronches est immédiatement suivie de suffocation, et bientôt après d'expectoration purulente très abondante, parsois mélée d'une quantité notable de bile. La rupture dans le péricarde s'annonce par une douleur subite et très aigué dans la région précordiale, douleur bientôt suivie des symptômes de la péricardite suraigué. Enfin nous avons vu qu'une grande auxiété, une suffocation intense, sont les signes qui appartiennent soit à la rupture directe de l'abcès dans la veine cave, soit au passage du pus dans cette veine par l'intermédiaire des veines sus-hépatiques.

On ne doit pas, sans doute, regarder le diagnostic précédent comme ayant toute la précision désirable; je l'ai donné seulement comme l'expression la plus exacte des principaux saits qu'on trouve dans la science.

^{11.} De locie aff., lib. V, cap. VII.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1. Signes distinctifs de l'hépatite aiguë.

Ictère et douleur réunies.

Invasion fébrile.

Frissons renouvelés pendant un temps plus ou moins long.

Fièvre persistante.

Tension de l'hypochondre.

Volume augmenté du foie.

N'oublions pas qu'aucun de ces signes n'est constant, et qu'on est loin de lès trouver toujours réunis. Ainsi, ne leur accordons pas une valeur exagérée. N'oublions pas, en outre, que nous avons dû admettre des hépatites réellement latentes.

2º Signes distinctifs de la pneumonie du côté droit et de l'hépatite aiguë.

MÉPATITE AIGUE.

ictère.

Douleur au niveau des fausses côtes.

Point de phénomènes stéthoscopiques dans les cas simples.

Ni oppression, ni toux, ni expectoration.

PNEUMONIE.

Pas d'ictère.

Douleur ordinairement sous le mamelon.

Phénomènes stéthoscopiques.

Oppression, toux, expectoration caractéristique.

3° Signes distinctifs de l'hépatite et de la pleurésie aiguë.

HÉPATITE.

ictère.

Douleur de l'hypochondre.

Pas d'oppression ni de toux, à moins de complications.

Pas de signes stéthoscopiques.

PLEURÉSIE.

Pas d'ictère.

Douleur lancinante sous le mamelon.

Oppression, toux.

Signes stéthoscopiques.

4° Signes distinctifs de l'hépatite aiguë et du rhumatisme des muscles abdominaux.

HEPATITE.

REUMATISME DES PAROIS ABDOMINALES,

lctère.

Tension de l'hypochondre.

Douleur spontance ou à une pression prosonde. Pas d'ictère.

Pas de tension de l'hypochondre.

Douleur, principalement dans les mouvements du tronc.

5º Signes distinctifs de l'hépatite et de la gastrite suraigue.

HÉPATITE.

GASTRITE SURAIGUE.

Ictère.

Tension ou tumeur de l'hypochondre. Vonissements de fréquence médiocre.

Douleur au niveau des fausses côtes droites.

Pas d'ictère.

Ni tension, ni tumeur de l'hypochondre.

Vomissements presque incessants.

Douleurs épigastriques.

Si l'inflammation occupait particulièrement le lobe gauche du foie, on conçoit très bien que ce diagnostic pourrait être insuffisant; mais, dans l'état actuel de la science, on ne peut l'établir d'une manière positive pour les cas de ce genre.

Je ne crois pas devoir étendre davantage ce tableau : les données nous man-

quent peur établir d'une manière positive des diagnostics différentiels plus multipliés.

Pro mie. Le promostic de l'hépatite aigué est très grave. Il est vrai que quelques auteurs regardent la guérison de cette affection comme facile; mais cela tient à leur manière d'apprécier la valeur des symptômes et des lésions. Nul doute que le plus souvent on n'ait pris de simples congestions pour de véritables hépatites. M. Levis, qui a étodié avec soin l'anatomie pathologique de cette affection, ne reconnaît pas que l'existence d'une inflammation réelle soit démontrée après la mort, « si le foie ne contient une certaine quantité de pos ; » or, si l'on rapproche cette manière de voir de l'absence de cicatrices signalée plus haut, on est porté à croire que la véritable hépatite guérit rarement. Cependant U.M. Rilliet et Barthez out cité plusieurs cas de terminaison beureuse chez des enfants, et l'on observe quelquefois des cas semblables chez les adultes. Les symptômes notés par ces auteurs étaient la sièvre, la tumésaction du soie qui, suivant eux, pouvait dépasser les fansses côtes de plus de quatre travers de doigt, et enfin une douleur fixée à l'hypochondre. On voit, d'après ces saits, que la question n'est pas complétement jugée, et que nous ne pouvons pas apprécier à sa juste valeur le pronostic de l'hépatite aigué. Il sant évidemment attendre que de nouvelles observations soient venues nons éclairer.

§ VII. - Treitement.

On conçoit très bien, d'après ce qui précède, que le traitement de l'hépatite aigué est rensermé dans des bornes très étroites. Presque tous les auteurs ont employé les mêmes moyens, et, il saut le dire, avec aussi peu de succès les uns que les autres. Les nombreux cas de guérison que l'on a cités ont, en général, si peu de valeur, qu'on ne peut, en effet, se sonder sur eux pour préconiser une médication quelconque.

Émissions sanguines. La plupart des auteurs ont insisté sur les émissions sanguines, et principalement sur la saignée générale; mais presque tous aussi out recommandé particulièrement de ne pas les pousser trop loin, de crainte d'affaiblir par trop le malade, et de voir survenir plus tard des affections graves, comme le squirrhe (1). Aujourd'hui on n'a plus de semblables craintes, mais on n'est pas plus fixé sur l'abondance et la fréquence qu'il convient de donner aux saignées. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que, tant que les symptômes conservent un degré d'acuité marqué, et que le pouls a de l'ampleur, on est autorisé à ouvrir la veine. Les sangues et les ventouses scarifiées sont ensuite appliquées sur l'hypochondre en nombre assez considérable. L'application des ventouses scarifiées remonte jusqu'à Arétée. Huit ou dix seront employées à plusieurs reprises, et l'on appliquera trente ou quarante sangsues à la fois, les renouvelant, si le cas paraît l'exiger.

Purgatifs. Il y a de grandes contradictions dans les auteurs sur l'efficacité des purgatifs. Baillou (2) regarde ces médicaments comme dangereux, à moins qu'on n'en ait fait précèder l'administration de saignées abondantes. Portal se prononce formellement contre les purgatifs, et ensuite les auteurs les ont approuvés on proscrits, suivant des opinions purement théoriques. Il est impossible de se prononcer sur ce point. Disons seulement que des purgatifs légers, comme le sulfate de soude

¹ Denet, Comm. sur Hippocrate.

¹² Opera emana medica, concl. med., lib. 111.

on de magnésie, l'huile de ricin à la dose de 30 grammes, etc., doivent être administrés seulement lorsqu'il existe de la constipation.

Mercuriaux. Le calomel agit-il autrement que comme purgatif? C'est ce qui n'est pas douteux dans la pratique d'un bon nombre de praticiens anglais qui cherchest à déterminer promptement une salivation mercurielle. Annesley recommande de donner ce médicament le soir à la dose de 1 granune, dans le but précisément d'éviter cet effet sur la bouche, de telle sorte qu'ici encore nous trouvous une véritable contradiction. Si, malgré la précaution de le donner à cette dose, les gencives commencent à s'affecter, cet auteur associe le calomel à 0,05 grammes d'opium par prise, ou bien à 0,25 ou 0,30 grammes de poudre d'ipécacuanha. Dans la médication ordinaire, on administre le calomel à la dose de 0,25 grammes untes les trois ou quatre heures. Toutes les discussions dans lesquelles on est entré sur l'efficacité de ce médicament ne sont point fondées sur les faits, et ne doivent par conséquent pas nous arrêter ici.

Les frictions mercurielles ont été associées principalement par Autenrieth à l'usage interne du calomel. Cet auteur recommande de les saire autour de l'ombilic,

Vomitifs. Les vomitifs sont généralement proscrits, et, suivant Annesley, s'ils ont en quelquesois l'avantage de soulager les malades, ce n'a été que pour un temps très court, après lequel la maladie a pris une intensité plus grande. Portal, au contraire, yeut qu'on sasse vomir doucement. Il sussit de citer ces opinions contradictoires pour voir que nous ne savons rien de positif sur l'usage de ces moyens. C'est le tartre stibié à dose vomitive que l'on emploie ordinairement.

Narcotiques. Les narcotiques, comme 0,05 grammes d'opium ou d'extrait de jusquiame noire, la poudre de Dower à la dose de 0,10 à 0,20 grammes, etc., sont prescrits dans les cas de douleur aigué. Girdlestone redoutait la suppression de la diarrhée que ces médicaments peuvent déterminer; mais rien ne prouve, dans les faits, que cette suppression ait quelque désavantage.

On a appliqué des vésicatoires sur la région du foie, et Lind (1), ainsi que Portal, a insisté sur leur utilité; mais ces auteurs n'ayant pas tenu compte de l'acuité on de la chronicité des cas soumis à leur observation, leur assertion n'a pas de valeur réelle. Je pourrais encore citer le camphre, les acides, l'infusion d'arniera, etc.; mais ces moyens, employés seulement contre quelques symptômes ou contre la saiblesse, n'ont pas été assez expérimentés.

En somme, la saignée, les sangsues, les ventouses scarifiées, les légers minoratifs, les applications émollientes sur la région du foie, le repos, la diète, les bousons adoucissantes on rafraichissantes, sont les seuls moyens qui paraissent devoir être conseillés.

ARTICLE III.

MÉPATITE CHRONIQUE.

Nous avons été embarrassés pour donner la description de l'hépatite aiguë; mais nous le sommes bien plus encore quand il s'agit de tracer, avec qu'elque précision, l'histoire de l'hépatite chronique. Si l'on parcourt, en esset, ce qui a été dit sur ce sujet, même par les auteurs qui ont été le mieux placés pour étudier l'assection,

¹⁾ Essai sur les maladies des Européens dans les pays chauds; Paris, 1785, 2 vol. in-12.

c'est-à-dire par ceux qui ont observé dans les pays chauds, on voit bientôt qu'ils n'ont tenu aucun compte des observations, et que plusieurs même ont fait une histoire de la maladie de toutes pièces, en adaptant à l'hépatite chronique les symptômes observés dans les inflammations chroniques des autres organes. En outre, la plupart des auteurs ont confondu, dans la description de cette maladie, plusieurs affections très différentes, et ils ont, sous ce rapport, imité les anciens, qui, sous les noms d'infarctus hepatis, d'obstructions, d'engorgements du foie et de phthisie hépatique, ont réuni des maladies chroniques de nature très différentes. C'est en particulier ce qu'on pent reprocher à Portal, dont l'ouvrage a eu cependant uue grande réputation pendant quelques années.

Si l'on avait un certain nombre de bonnes observations d'hépatite chronique, on pourrait suppléer à cette insuffisance des auteurs; mais rien n'est plus difficile que de rassembler des faits bien observés et bien décrits; car, ou bien les détails les plus importants manquent, ou bien on trouve cités comme des exemples d'inflammations chroniques des abcès résultant d'une inflammation aiguë. Les deux observations empruntées par M. Bonnet à M. Colledge (1) et à M. Peau (2) sont en particulier dans ce dernier cas, quoique l'auteur les ait donnés comme des exemples de ce qu'il appelle irritation chronique du foie.

On voit donc combieir les matériaux sont insuffisants, et l'on ne saurait attendre de moi une description rigoureuse et précise, impossible dans l'état actuel de la science. Cependant quelques observations que j'ai rassemblées me sourniront un petit nombre de considérations intéressantes.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

On donne le nom d'hépatite chronique à l'inflammation du foie qui, parcourant lentement ses périodes, ne détermine pas une sièvre violente. J'ai dit plus haut qu'on avait maintes sois, sous les noms d'obstructions, tumeurs du foie, infarctus hepatis, etc., cité de simples inflammations du soie. Nous verrons, en continuant l'histoire des affections hépatiques, à quelles maladies diverses ces dénominations ont été imposées. On sent, d'après ce qui précède, qu'il est impossible d'avoir une idée même approximative de la fréquence de l'hépatite chronique.

§ II. - Causes.

Tous les auteurs ont dit que l'hépatite chronique pouvait succéder à l'hépatite aigué. Si cette assertion était confirmée, on en tirerait la conséquence nécessaire qu'en pareil cas les causes de la chronicité de la maladie doivent être cherchées principalement dans la constitution et l'état de santé du malade; mais si nous examinons les faits cités à l'appui de cette opinion, et principalement ceux qu'a rapportés M. Bonnet, et qu'il a empruntés à plusieurs auteurs, nous verrons qu'il s'agit d'hépatites évidemment aigués, qui, une fois la suppuration formée, ont marché ensuite plus ou moins lentement. Mais ce ne sont pas là de véritables hépatites chroniques; tout le monde sait, en effet, qu'en quelque lieu que se forment les abcès, une fois la suppuration bien établie, les symptômes généraux et aigus disparaissent pour faire place aux symptômes locaux qui existent presque exclusivement.

¹⁾ Journ. de la Soc. méd. et phys. de Calcutta, avril 1827.

^{&#}x27;21 Amer. Journ. of med. sc., 1937.

Dans quelques cas, au contraire, comme ceux que rapporte M. Andral (1), les symptômes suivent dès le commencement une marche lente, la réaction est peu considérable, la maladie a une longue durée, et l'on ne peut douter de sa chronicité. J'ai sous les yeux d'autres faits du même genre, et entre autres un qui a été observé dans le service de M. Pasquier, à l'infirmerie des Invalides (2), et l'observation que M. J.-B. Dalmas (3) a recueillie sur lui-même.

Quelles sont, dans ces derniers cas, les causes prédisposantes de l'hépatite chronique? C'est ce qu'il est impossible de déterminer. Il est permis seulement, d'après plusieurs faits, de dire d'une manière générale que cette maladie affecte plus particulièrement l'âge mur; mais sur tous les autres points nous n'avons que les données les plus incertaines.

Quant aux causes occasionnelles, je n'en connais qu'une seule qui ait été positivement notée dans quelques cas, c'est une contusion de la région hépatique, dont on trouve un exemple dans les observations de M. Andral.

§ III. — Symptômes.

La description des symptômes doit nécessairement se ressentir aussi de l'insussisuce des renseignements. Recherchons dans les saits ce qui a été bien constaté.

Le début n'est pas ordinairement marqué par des symptômes bien tranchés. Une gêne vers l'hypochondre, avec des troubles intestinaux très variables, voilà ce que l'on a noté dans le plus grand nombre des cas, et, il faut le dire, ces symptômes n'étaient pas ordinairement assez caractéristiques pour qu'on ait d'abord pensé à une maladie du foie.

Lorsque la maladie est confirmée, voici ce que l'on observe: Une douleur ordinairement sourde et gravative (quatre fois sur six), quelquefois vive, mais seulement à des intervalles plus ou moins éloignés, et le plus souvent augmentée par
la pression, se fait sentir vers l'épigastre, et plus tard vers l'hypochondre droit.

Dans quelques cas cependant, l'hypochondre est tout d'abord envahi par la douleur. Rarement des irradiations ont lieu dans divers sens; lorsqu'elles existent,
elles se dirigent vers l'épaule (ce qui a été établi à tort en règle générale), ou bien
vers les lombes et l'abdomen. Dans deux cas que j'ai sous les yeux, il n'y a eu que de
la gêne et de la pesanteur à la région hépatique, pendant tout le cours de la maladie.

L'ictère est beaucoup plus rare que dans l'hépatite aiguë. Ainsi, six sois sur dix, il est dit positivement que la teinte ictérique n'existait pas. On ne peut pas trouver dans le siége de la lésion la cause positive de l'existence de la jaunisse; car deux sois, sur quatre cas d'ictère prononcé, les abcès occupaient la sace convexe: une sois ils étaient disséminés dans plusieurs points, et une sois seulement ils étaient à la sace insérieure.

En revanche, l'augmentation de volume du foie s'observe bien plus fréquenment; une seule fois sur dix, en effet, le volume est resté normal; et, dans ce cas, bien que la maladie ait eu une durée assez longue (plus de deux mois), il y avait quelques signes d'acuité, tandis que, dans tous les autres cas, on observait un développement notable de l'organe. Ce développement a surtout été noté du côté de

⁽¹⁾ Clinique médicale, obs. 28, 29, 32.

⁽²⁾ Lancelle française, septembre 1838.

⁷⁾ De l'hépatite chronique: Thèse, Montpellier, 1835.

l'abdomen. Le foie déborde les sausses côtes de deux, trois, quatre travers de deigt et plus. Quelquesois même, comme dans un cas cité par le docteur Pepper (1), son bord insérieur descend jusqu'aux environs de l'os des iles.

La palpation fait reconnaître, outre ce développement parsois énorme, la conservation de la sorme de l'organe, à moins toutesois qu'il n'y ait un abcès du soie accessible à l'exploration; car alors il y a un changement dans la sorme et une sensation particulière au toucher, signes sur lesquels j'insisterai dans l'article suivant, où il sera question des abcès du soie.

Par la percussion on constate surtout l'augmentation de volume du côté du thorax. Cette augmentation est quelquesois telle, que le poumon droit est resoulé, et que le cœur peut également être repoussé en haut et à gauche.

De cette dernière circonstance il résulte une gène plus ou moins grande dans la respiration. Aussi les malades qui ont le soie volumineux par suite de l'inflammation chronique, sont-ils facilement essoussiés et montent-ils dissicilement un escalier, comme ceux qui ont une lésion du poumon. Le degré variable d'oppression, ainsi que la douleur qui existe fréquemment, s'opposent également à ce que les sujets portent des vêtements un peu serrés. Les semmes sont obligées de renoncer à l'usage du corset, et je vois, dans quelques cas, la plus légère pression des vêtements être désagréable.

Il est évident que l'augmentation de volume du foie et ses conséquences nécessaires ont une bien grande valeur dans l'histoire de l'hépatite chronique. Lorsque cette augmentation de volume existe avec l'ictère et la douleur dans une affection de longue durée, on ne peut guère douter que l'inflammation chronique ne se soit emparée de l'organe.

Il y a dans cette affection, comme dans l'hépatite aigué, des troubles digestifs; mais ils sont très variables. On observe une diminution de l'appétit, ou un appétit capricieux, tantôt vif, tantôt médiocre, tantôt nul. Les digestions sont ordinairement plus ou moins difficiles. La soif est nulle ou peu vive. La bouche est parsois pâteuse ou amère; on observe, en un mot, les divers accidents qu'on décrivait autresois sous le nom de dyspepsie.

Du côté de l'intestin, nous trouvons les mêmes symptômes variés que nous avons notés dans l'hépatite aiguë: des alternatives de constipation et de diarrhée, et rarement des coliques. Lorsque la constipation existe, les selles sont ordinairement décolorées; dans le cas contraire, elles sont plus souvent bilieuses. Lorsqu'elles sont purulentes, c'est qu'un abcès s'est ouvert dans l'intestin.

Les urines sont naturelles lorsqu'il n'existe pas d'ictère, c'est-à-dire dans la majorité des cas. Chez les sujets affectés d'ictère, elles n'ont pas toujours été examinées, et si dans les observations de ce genre nous ne les trouvons rougeltres, safranées qu'un petit nombre de fois, il n'en faut pas conclure que le fait a lieu rarement. Ce qu'il y a de certain, c'est que toutes les sois que les urines ont présenté cet aspect bilieux, l'ictère existait, ce que j'avais déjà signalé dans l'hépatite aigué.

Les symptômes généraux sont peu marqués au commencement de la maiadis et dans la plus grande partie de son cours. Je trouve, dans la plupart des observations. l'absence de la fièvre marquée presque jusqu'aux derniers jours. Cependant il est

⁽¹⁾ Americ. Journ. of med. sc., lev. 1838.

quelques cas où un mouvement fébrile lèger, caractérisé par une chaleur sèche, un peu de malaise et une saible accélération du pouls, s'est montré à une époque peu avancée et a persisté jusqu'à la sin. Chez un petit nombre de sujets il survient, après un certain temps, de légères exacerbations le soir, quelquesois annoncées pur de légers frissons. Un dépérissement lent, signalé par l'amaigrissement, la saiblese, la pâleur lorsqu'il n'y a pas d'ictère, complète le tableau de ces symptômes généraux, qui se rapportent à la sièvre hèctique ou purulente.

Dans les derniers temps de la maladie, tous les symptômes peuvent acquérir plus d'intensité. La douleur devient plus vive, la fièvre plus ardente et la gêne de la respiration plus grande. Dans ces cas, le décubitus dersal est parfois seul possible, comme on en volt un exemple dans les observations de M. Audral, et les sujets finissent par succomber dans le dépérissement, on bien il y a une de ces perforations que j'ài indiquées à l'article Hépatité aigué, et alors surviennent les mêmes accidents, terminés soit par une mort rapide, soit par la guérison. Mais c'est un point sur lequel j'aurai à revenir quand je décrirai les phénomènes produits par les abcès du foie.

On voit que, dans la description que je viens de tracer, je n'ai fait entrer ni l'inflitration des membres, ni l'ascite, ni les hémorrhoides, ni les épistaxis, ni les inhes hépatiques signalées par la plupart des auteurs. Je n'ai pas, en effet, trouvé es symptèmes dans les observations; et comme il n'est que trop vrai que l'on a preque toujours, dans la description de l'hépatite chronique, confondu des malades différentes, il faut bien, jusqu'à nouvel ordre, laisser dans le doute ces divers que, qui peuvent appartenir à des affections d'une autre nature.

§ IV. — Marche; durée; terminaison.

marche de la maladie n'est pas toujours continue. Nous voyons un exemple marquable d'une marche intermittente irrégulière, dans l'observation que M. Dalmas a recueillie sur lui-même. En pareil cas, l'inflammation chronique envahit-elle, ides intervalles variables, différents points du tissu hépatique? C'est une question pil est extrêmement difficile de résoudre. Cependant on peut supposer qu'il en est ordinairement ainsi; car, dans la formation isolée d'un abcès du foie, on ne troise pas de temps d'arrêt qui puisse expliquer les intervalles considérables de solagement plus ou moins complet qu'éprouvent les malades. Quant à la durée, de est ordinairement fort longue, dépassant une année dans la majorité des cas, et quelquesois se prolongeant pendant deux, trois et quatre ans. Les ruptures d'abcès dont j'ai déjà parlé peuvent abréger de beaucoup la durée naturelle de l'affection.

L'hépatite chronique peut-elle se terminer par résolution? On a cité des faits pombreux dans lesquels on assure avoir réduit à son volume primitif le soie énormément développé. Sans nier la possibilité du sait, et tout en reconnaissant que des hies volumineux ont cessé de l'être sous l'influence de certaines médications, je dois dire que l'on ne peut pas résondre cette question d'une manière précise. Il laudrait avoir bien constaté, en esset, que les cas cités étaient réellement des hépaties chroniques, qu'il ne s'agissait pas de simples congestions ou de tout autre des cette que l'on n'a pas fait. C'est un des points nombreux qui, dans l'histoire des meladies du soie, demandent impérieusement de nouvelles recherches. La reminaison heureuse par suite de l'évacuation du pus des abcès par diverses voles

n'est pas douteuse; j'y reviendrai dans l'article suivant. Néanmoins, dans le plus grand nombre des cas de ce genre, cette affection se termine par la mort. C'est ce dont on peut s'assurer en parcourant les principales observations.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques de l'hépatite chronique ne diffèrent de celles de l'hépatite aigué que par quelques particularités. Les abcès sont, sans contredit, la lésion principale. On ne trouve pas dans les auteurs un seul cas d'hépatite chronique terminé par la mort sans qu'il y ait eu une ou plusieurs collections purulentes.

La fausse membrane qui recouvre les parois de l'excavation est constante. Elle est plus épaisse, plus résistante que celle des abcès aigus, et quelquefois on lui a trouvé une consistance demi-cartilagineusc. Quelquesois aussi cette sausse membrane, dense et épaisse, est couverte, comme dans les excavations tuberculeuses, d'une autre couche pseudo-membraneuse mince et molle. Le pus est presque toujours blanchâtre et bien lié. Le tissu hépatique environnant conserve sa couleur el sa consistance dans le plus grand nombre des cas; il ne présente pas de ramollissement ni de rougeur, à moins qu'il n'ait été envahi par une nouvelle inflammation vers la fin de la maladie. Le nombre des abcès est très variable. Parfois ou n'en trouve qu'un ou deux dont le volume peut atteindre la grosseur du poing et plus encore, et parfois l'organe est comme criblé d'abcès isolés et de dimension diverses. Les voies biliaires peuvent offrir des altérations, mais ces altérations ne soul pas en rapport nécessaire avec les lésions hépatiques. L'augmentation de volume du foie est quelquefois si considérable, par suite de ces lésions, que les organes thoraciques et abdominaux se trouvent resoulés à une grande distance. Ensin, pour terminer cette indication des lésions appartenant en propre à l'hépatite chronique. signalons les diverses perforations, les adhérences dont elles sont entourées et les sausses membranes qui unissent le soie aux parties environnantes.

5 VI. - Diagnostie; pronostie.

Il est ordinairement très sacile dans l'hépatite chronique, de s'assurer qu'il existe une maladie de soie. L'augmentation de volume, qui est un phénomène presque constant, je pourrais même dire constant, vu l'extrême rareté des exceptions, est un caractère suffisant pour indiquer tout d'abord le siège de l'assection. Mais à quelle maladie chronique du soie a-t-on assaire? Voilà où se trouve la difficulté, et cette dissiculté est grande.

On a cité comme pouvant être consondue avec l'hépatite chronique une hypertrophie simple de l'organe; mais l'existence de cette hypertrophie présente encorr quelques doutes, et, par conséquent, je ne peux exposer ce diagnostic avant d'avoir dit un mot de cette lésion. C'est ce que je serai dans un des articles suivants.

La simple congestion sanguine ne détermine qu'une gêne plus ou moins grande. Elle est d'ailleurs liée aux troubles de la circulation que j'ai déjà indiqués, et ces caractères suffiront pour la saire reconnaître.

Le cancer du fuie se distingue principalement de l'hépatite chronique en ce que la surface de l'organe offre des saillies dures qui déforment son bord inférieur, et en ce que le dépérissement est plus rapide, et par conséquent plus marqué.

Quant aux hydatides, je renvoie ce diagnostic dissérentiel à l'article où il sera question de ces entozoaires.

Je ne crois pas non plus devoir présenter ici le diagnostic de la cirrhose; nous avons vu, en effet, qu'un des principaux signes de l'hépatite chronique est le développement souvent très considérable du foie : or, dans la cirrhose, cet organe diminue plus ou moins de volume, excepté dans quelques cas exceptionnels que je signalerai quand je ferai l'histoire de cette maladie. Cette circonstance suffit seule pour distinguer les deux affections.

Les éléments d'un tableau synoptique du diagnostic ne me paraissant pas suffisais, je passerai outre, de crainte de donner trop de précision à des saits encore douteux.

Pronostic. Le pronostic est nécessairement très grave. On a affirmé, il est vrai, et j'ai déjà eu occasion d'en dire un mot, qu'à l'aide des médicaments fondants on vait obtenu la résolution de foies très volumineux; mais, je le répète, les faits ne sont pas suffisamment précis. Le principal espoir est donc dans l'ouverture des abcès à l'extérieur, soit directement, soit par l'intermédiaire d'organes creux, comme l'intestin et les bronches.

§ VII. - Traitement.

Nous ne sommes pas beaucoup mieux instruits sur le traitement de l'hépatite chronique que sur celui de l'hépatite aiguë. Cependant les moyens employés contre elle sont plus nombreux.

On a prescrit les autiphlogistiques, et en particulier la saignée, soit du bras, soit du pied, les sangsues à l'anus et les ventouses scarifiées sur l'hypochondre droit; mais, ce qui empêche d'apprécier l'efficacité de ces moyens, c'est qu'on a souvent, sous le nom d'hépatite chronique, traité de simples congestions qui, en effet, cèdent sacilement à leur emploi.

Les purgatifs sont mis en usage, surtout dans les cas où la constipation est opinière; ce sont les sels de soude et de magnésie que l'on prescrit principalement. On les donne à la dose de 15 à 20 grammes. Huseland conseille la rhubarbe, qu'il associe à la belladone de la manière suivante:

* Racine de belladone en poudre. 0,50 gram. | Racine de rhubarbe en poudre 2,50 gram. Divisez en dix paquets, à prendre deux ou trois par jour.

Beaucoup d'autres médecins ont conseillé la rhubarbe à la dose de 2 à 4 grammes par jour, et ont attribué à ce médicament la faculté de faire couler plus facikment la bile. J'y reviendrai à l'occasion de l'ictère.

Fondants. Viennent maintenant les médicaments dits fondants. Je citerai d'abord l'acétate de potasse, recommandé par Deshois (1). On peut le prescrire comme il suit:

% Acétate de potasse.. de 6 à 8 gram. | Sirop de fleurs d'oranger.. 35 gram. | Infusion de tilleul...... 180 gram. |

A prendre par cuillerées.

On connaît, sous le nom d'électuaire de Kortum, une préparation qui renserme ce médicament uni à d'autres substances, et qui a été recommandée dans des cas cités sous le nom d'obstructions du foie. Voici cet électuaire :

```
2 Conserve de cochléaria... 60 gram. Extrait de pissentit.... 30 gram. Extrait de chiendent.... 30 gram. Acétate de potasse.... 20 gram.
```

¹ Dictionnaire de médec, et de chir, pral., t. XIII.

Le savon végétal, prescrit dans les mêmes circonstances, est sait avec le bica bonate de potasse :

2 Bicarbonate de potasse.... 4 gram. | Gomme arabique en poudre. 32 gram.

Triturez ensemble pendant longtemps, Dose: 2 à 4 grammes dans une petite quantideau.

Les pilules de savon sont également prescrites. Elles sont ainsi composées :

Poudre de racine de guimauve. 16 gram. Nitrate de potage........ 4 gram.

Faites des pilules de 0,20 grammes. Dose : de 6 à 30, à doses croissantes.

L'iode, vanté principalement par Elliotson et Abercrombie, est aussi administr somme fondant. On peut donner les pilules suivantes :

Faites 10 pilules. Dose: 1 ou 2 par jour.

Il faut surveiller, dans cette administration. l'état des voies digestives.

Les mercuriaux ont été fréquemment mis en usage, et l'on a vanté en particulier les pilules de Plummer, ainsi composées:

Faites des pilules de 0,30 grammes. Dose : de 2 à 4 par jour.

Summerring (1) recommande particulièrement les frictions mercurielles faites sur la plante des pieds.

On a eu encore recours, pour faire fondre les engorgements du faie, dont en peut rapporter quelques cas à l'hépatite chronique, aux bains de mor, et à l'eau de mer prise à l'intérieur; mais l'expérience ne nous a per suffissemment appris ce qu'il faut penser de cette médication.

La pondre, l'extrait de quinquina, les serragineux, en un met le médication tonique, est également vantée; mais il sussit de l'indiquer, puisque nous n'avons pas de saits positifs qui déposent en saveur de son efficacité. Il en est de même du galvanisme, préconisé par La Beaume (2).

Quelques médecins, parmi lesquels il faut citer principalement Cheyne et Schlesinger (3), ont beaucoup insisté sur l'efficacité des pédiluves nitro-muriatiques. Voici celui que prescrit ce dernier auteur:

7 Acide hydrochlorique..... 90 gram. Ean pare...... 130 gram. Acide nitrique..... 60 gram.

Mêler. Prenez le tiers de ce mélange, et versez-le dans :

Eau..... 5550 gram.

Le malade prendra le bain de pieds le soir, ayant l'eau jusqu'aux genoux. Il ! restera vingt minutes.

On a encore préconisé le chlore (4), la chélidoine (5), la gumme ammoniaque.

⁽¹⁾ De morbis vas. absorb.: Francfort-eur-le-Mein, 1795.

²⁾ Du gule, appl. à la médecine, trad. de Fabre Palaprat; Paris, 1828.

⁽³⁾ Ruftland's Journal.

^{(4,} WALLACE, Researches respect, the med. pour. of chier.: Dublin, 1823,

[.]b. BENEDEL, Ruefe Mag., 1823.

la mousse d'Islande, etc. Mais dans l'état actuel de la science, ces moyens ne méritent qu'une simple mention.

Il ne saut pas oublier dans cette énumération les eaux minérales alcalines, telles que l'eau de Vichy (1), de Saint-Nectaire, de Carlsbad, du Mont-Dore, de Néris, de Plombières, de Bussang, etc. On a cité un assez grand nombre de cas dans lesquels ces eaux, dont la base principale est le carbonate de soude; ont produit de bons effets dans les affections chroniques du soie. C'est pourquoi j'en parle ici. Mus quelle est leur action dans l'hépatite chronique en particulier? C'est ce qu'il est impossible de dire.

Hydrothérapie. M. Scoutetten (2) rapporte un fait assez curieux pour que je doive l'indiquer. Il s'agit d'un malade qui, depuis quarante ans, souffrait de l'hypochondre droit, et qui, à l'époque où il se soumit au traitement par l'eau froide, avait le foie men volumineux pour occuper une grande partie de l'abdomen. Deux saisons de trois su quatre mois suffirent pour amener une très grande amélioration, et au bout de deux ans le foie avait cessé de faire saillie au-dessous des fausses côtes. Existait-il, en pureit cas, une hépatite chronique? C'est ce qu'on ne saurait dire, et par conséquent je me borne à mentionner le fait sans en tirer aucune conséquence rigonreuse pour le traitement de la maladie dont il s'agit ici.

A l'extérieur, on applique ordinairement soit des coutères, soit des moxas, que l'on entretient pendant un temps fort long. Le séton est également mis en usage : en un mot, on provoque une suppuration abondante, dans le but de favoriser la résolution de l'inflammation chronique.

Enfin, j'ajouterai qu'un régime assez sévère sans être trop débilitant, la limomale tartrique, ou mieux, suivant quelques uns, la limonade hydrochlorique, complètent ce traitement. Voici comment en compose cette limonade:

Mêlez avec soin. A prendre par demi-verres, dans la journée.

Résumé. On voit, comme je l'ai annoncé en commençant, combien ce traitement est encore vague et incertain. D'une part, en effet, nous ignorons presque toujours si les cas cités comme des exemples de guérison appartenaient réellement à l'hépatite chronique: et, d'autre part, les assertions des auteurs ne sont presque jumais appuyées sur des faits positifs: elles résultent presque toujours de certaines opinions préconçues. Il serait donc inutile de donner des ordonnances. C'est au médecin à voir, dans les cas qui s'offriront à lui, quels sont, parmi les moyens mentionnés, ceux qui paraissent le mieux appropriés.

ARTICLE IV.

ABCÈS DU POIE.

Dans les deux articles précédents nous avons indiqué la manière incontestablement la plus fréquente dont se produisent les abcès du soie. Dans quelques cas particuliers cependant, on a pu les rapporter à la fonte de tubercules dans cet

¹⁾ Voy. à ce sujet, PETIT, Du mode d'action des eaux min. de Vichy, etc.; Paris, 1860.

²⁾ De l'eau sons le rapport hygiénique et médical, ou de l'hydrothérapte : Paris, 1848, 10-8.

Pour que l'opération réussisse, il faut que, avant l'écoulement du pus, il existe des adhérences entre la partie du soie occupée par l'abcès et la paroi de l'abdomen. Or pous ayons yu que ces adhérences sont bien loin d'exister dans tous les cas. C'est pour les provoquer, avant de donner issue au pus, qu'ou a inventé divers procédés dont je vais citer les principaux.

PROCEDÉ DE M. GRAVES (1).

Incises largement tous les tissus jusqu'à une ou deux lignes de la collection. Puis, sans chercher à pénétier jusqu'à l'abcès, remplisses la plaie de charpie, et attendez que, dans un monyement, un accès de toux, un éternument, la tumeur vienne a'ouvrir d'elle-même au fond de l'incision.

Chez un sujet opéré par al. Graves, le succès de ce mayen sut complet, quoique l'abcès ne correspondit pas directement au sond de la solution de continuité.

PROCÉDÉ DE M. BÉGIN (2).

Incisez couche par couche jusqu'au péritoine. S'il n'y a pas d'adhérences, arrêțez-vous et papsez simplement, La tumeur tend à remplir la plaie en soulevant le
péritoine; les deux faces de cette membrane ne tardent pas à s'agglutiner et à se
réunir solidement, et trois ou quatre jours après la première opération, on ouvre
l'abcès du foie avec sécurité. Si l'on reconnaît l'existence des adhérences au moment de la première incision, il est hien entendu qu'on doit passer outre et l'aire
pénétrer l'instrument jusqu'à l'abcès.

Ce procédé, qui a été maintes sois expérimenté avec un grand succès, tant en France qu'en Angleterre, et que M. Velpeau, en particulier (3), avait déjà, en 1839, employé trois sois avec avantage, est celui qui est le plus généralement adopté, et qui, d'après les saits connus, mérite le plus de l'être.

PROCÉDÉ DE M, RÉCAMIER (4).

Appliquez de la potame caustique sur plusieurs points très rapprochés de la saillie morbide, afin que, par leur réunion, ils sassent naître une large escarre, qu'on send au bout de quelques jours avec l'instrument tranchant. On porte alors au sond de la plaie une nouvelle dose de caustique qui doit agir bien plus en prospodeur qu'en largeur. Répétée ainsi successivement, la cautérisation détermine surement l'adhésion du péritoine hépatique avec le péritoine des parois abdorninales, et met à même d'ensoncer, soit le trois-quarts, soit le bistouri dans le kyste. dès que le doigt sent distinctement la fluctuation au-dessous de l'escarre divisée.

C'est de l'invention de ce procédé ingénieux que datent tous ceux qui ont pour but de provoquer les adhérences. Autresois on employait, il est vrai, la potasse caustique, mais pour pénétrer jusqu'à l'abcès lui-même; ce qui avait des inconvénients tels, qu'on avait été obligé d'y renoucer. Quelques auteurs regardent ce procédé de M. Récamier comme étant encore le plus sûr. Cependant ils ne citent pas d'accidents sunestes causés par celui de M. Bégin, plus expéditis, moins dou-

⁽¹⁾ The Dublin kosp. Reports, mai 1827.

⁽²⁾ Journ. hebd., t. 1°, 1830.

⁽³⁾ Médec. opér., 2º édit., t. 17, p. 10.

⁽⁴⁾ VELPEAU, Médec. opérat., loc. cil.

bureux, et qui me paraît devoir être préféré, tant qu'on ne lui opposera pas de jaits malheureux.

Rendre, par la position, l'écoulement du pus fucile; empêcher la cicatrisation trop prompte de l'ouverture et son obstrucțion; saire pénétrer dans le kyste des injections médicamenseuses, comme les injections d'iode: tels sont les moyens propres à hâter la guérison. Mais insister plus longtemps sur un tel sujet, ce serait sortir de mon cadre.

ARTICLE V.

RAMOLLISSEMENT, INDURATION DU FQIE.

Dans la plupart des articles modernes consacrés aux maladies du foie, on trouve décrits comme des états morbides distincts le ramollissement et l'induration de cet argane. Après avoir pris connaissance des principales observations rapportées par les auteurs, et notamment de celles de M. Andral (1), il ne me paraît pas possible de faire de ces altérations pathologiques des maladies particulières, si ce n'est dans quelques cas rares. Si, en effet, nous examinons ces saits, voici ce que nous voyons :

1º Ramollissement. Dans les observations de M. Andral, on trouve des ramolissements qu'on peut appeler aigus, et d'autres qu'on peut regarder comme chroniques. Les premiers ne sont autre chose que des lésions secondaires survenues dans le cours d'une maladie grave; ils ne doivent pas nous occuper. Les autres, dont on ne trouve que de rares exemples, ont eu pour signes, pendant la vie, des amptômes de gastralgie ou de gastrite chronique, avec des troubles intestinaux motables, et à l'autopsie on n'a trouvé d'autre lésion que le ramollissement du foie pour expliquer ces phénomènes. Suivant M. Andral, le défaut de sécrétion de la ble serait la cause première de tous les accidents. Quant à la nature de l'affection, l ne peut se prononcer sur ce point. On voit que dans l'état actuel de la science il est impossible d'avoir des données vraiment utiles sur cette lésion, et qu'on se saurait en présenter une histoire intéressante pour le praticien.

2º Induration. Cette lésion n'est guère plus importante pour la pratique. Tout ce qu'il est nécessaire de dire, c'est qu'on peut la regarder comme une cause d'ascite, et qu'elle a toujours paru au-dessus des ressources de l'art. J'ajouterai rependant que les observations qu'on nous en a données laissent en général beaucoup à désirer, et que les veines de l'abdomen, en particulier, ayant été rement examinées, on est souvent dans l'incertitude sur la cause réelle de l'hydropisie.

Je n'ai voulu citer ces altérations que pour mémoire. Elles ne sont évidemment dignes d'attention que sous le point de vue de l'anatomie pathologique, qui est bin d'être le principal dans cet ouvrage.

ARTICLE VL

HYPERTROPHIE DU FOIE.

L'hypertrophie du foie est encore une lésion qui, dans l'état actuel de la science, n'a qu'un médiocre intérêt pour nous. Les cas rares qui en ont été rapportés ne

^{1,} Clin. méd., 3° édit., t. 11, p. 357 et 407.

permettent pas, en effet, d'en tracer un tableau pathologique complet, et d'autre part nous n'avons que des renseignements tout à fait insuffisants sur sa thérapeutique. C'est pourquoi je me bornerai à de très courtes considérations.

L'hypertrophic du foie a été divisée en générale et en partielle, et l'on a recherché encore quel était le tissu particulièrement hypertrophié. C'est, d'après presque tous les auteurs, la partie granuleuse qui est le siège de cette lésion. Ces divisions, importantes sous le point de vue de l'anatomie pathologique, le sont très peu sous le point de vue pratique.

Causes. Nous ne savons rien de positif relativement aux causes de cette lésion. Lorsque l'on a dit que l'hypertrophie était due à un assux de sang trop considérable ou à une irritation nutritive, on n'a sait qu'émettre des hypothèses sans résoudre la question étiologique. On a, il est vrai, prétendu que les congestions sanguines répétées pouvaient se terminer par une véritable hypertrophie; mais on n'a pas sourni des saits sussisants pour appuyer une semblable proposition.

M. Andral (1) admet l'existence d'une cause générale chez les sujets scrofuleux, dont la glande hépatique reste anormalement développée, de même que les autres organes glandulaires. Cette assertion demande à être appuyée sur de nouvelles recherches. Ensin on a dit que les affections du cœur, des voies respiratoires et des voies digestives donnaient lieu aux cas les plus nombreux d'hypertrophie du soie; mais bien souvent on a évidemment pris pour une hypertrophie la congestion sanguine de longue durée que l'on observe dans ces circonstances.

Symptômes. Quand on examine les observations, on voit que la géne, la pesanteur déterminées dans l'hypochondre droit, par l'augmentation de volume de l'organe, et un certain degré d'essoufflement, sont les seuls symptômes qu'on puisse attribuer à l'hypertrophie du foie. Cependant il n'est pas rare de trouver des sujets qui, avec une augmentation de volume de cet organe, éprouvent quelques troubles digestifs, tels que perte d'appétit et digestions laborieuses, phénomènes qu'on ne peut rapporter qu'à l'état du foie, et qui se dissipent lorsque cet état a disparu; mais, en pareil cas, existe-t-il véritablement une lésion à laquelle on puisse donner le nom d'hypertrophie? Chez un sujet, M. Andral a noté l'existence de l'ictère; mais c'est là un cas qui n'est pas ordinaire, et l'on se demande si ce symptôme était réellement en rapport avec la lésion. Tous les autres phénomènes pathologiques peuvent être attribués aux diverses maladies qui se montrent concurremment avec l'hypertrophie du foie.

La marche de cette assection est essentiellement chronique. Sa durée est illimitée, et il n'est aucun sait qui prouve qu'elle puisse par elle-même compromettre la vie des malades.

Les lésions anatomiques sont diverses, suivant que l'hypertrophie est générale ou partielle. Dans le premier cas, le foie peut être considérablement augmenté de volume : d'une part remonter au-dessus de la huitième côte, et de l'autre descendre jusqu'à l'ombilic et même jusqu'au bassiu. En même temps cet organe conserve sa forme normale, ce qui est reconnu pendant la vie à l'aide de la palpation, de même que le développement de volume, du côté de la cavité thoracique, est apprécié par la mensuration et la percussion. Dans d'autres cas, le grand lobe est

⁽¹⁾ Anatomie pathologique, 1. 11.

considérablement hypertrophié, tandis que le lobe gauche conserve son volume, ou même est atrophié. D'autres fois enfin on a vu des portions limitées du foie hypertrophié former des tumeurs arrondies au niveau de l'épigastre ou d'une partie du grand lobe. Dans ces derniers cas, on a trouvé d'autres lésions dans l'organe et principalement des kystes. « Quant au lobe de Spigel, dit M. Andral (1), je n'ai pas vu que l'observation confirmât ce qui a été dit sur son augmentation de volume, les autres lobes du foie n'étant pas hypertrophiés. »

Ordinairement le foie conserve sa sermeté normale; quelquesois cependant on l'a trouvé un peu ramolli.

Diagnostic. Il est très difficile d'établir le diagnostic de cette affection. Je me borne à dire que si, sans symptômes violents, un sujet s'offre à l'observation avec un foie développé d'une manière permanente, sans alternatives d'augmentation et de diminution, la forme de l'organe étant conservée, on peut soupçonner l'existence d'une simple hypertrophie. Mais on doit être très réservé dans ce diagnostic, car les maladies chroniques qui peuvent donner lieu à une semblable augmentation de volume du foie ne sont pas assez bien connues pour qu'on soit certain que ces signes ne leur appartiennent pas également.

Quant au traitement, il suffit de faire remarquer qu'on ne l'a pas étudié en l'appliquant à des cas bien caractérisés d'hypertrophie simple; j'ajouterai seulement que, d'après les auteurs, il ne diffère pas sensiblement de celui de la congestion de longue durée, et qu'il consiste par conséquent dans des applications réitérées de sangsues à l'anus et sur l'hypochondre droit, en de légers purgatifs renouvelés à des intervalles de quelques jours, dans un régime assez sévère, et le repos. Cependant on sera autorisé à mettre en usage, dans la plupart des cas, les divers remèdes fondants indiqués à l'article de l'Hépatite chronique. Les eaux minérales, telles que l'eau de Vichy (2), de Néris, etc., en boisson et en bains, font ordinairement disparaître d'une manière rapide cet engorgement du foie avec troubles de la digestion, dont j'ai parlé plus haut, mais que, dans l'état actuel de la science, on ne peut pas, d'une manière très positive, rapporter à une véritable hypertrophie.

ARTICLE VII.

ATROPHIE DU FOIE.

L'atrophie du soie ne mérite pas des considérations plus étendues. Cette lésion a été étudiée avec un soin particulier sous le point de vue anatomique. On peut consulter sur ce sujet l'article de M. Cruveilhier sur les affections du soie, ainsi que le Traité d'anatomie pathologique de cet auteur et la Clinique médicale de M. Andral. Mais, sous le point de vue pathologique, nous avons des données si incertaines, que tout ce qu'il est permis de dire, c'est que l'atrophie du soie se lie d'une manière presque constante, sinon constante, comme le pense M. Andral, à une hydropisie ascite. Si l'on voit survenir cette dernière affection chez un sujet sur lequel on constate à l'aide de la palpation, et surtout de la percussion, une diminution notable du volume du soie, on pourra penser à une atrophie; mais il ne

⁽¹⁾ Loc. cit., p. 592.

²⁾ Ca. Petit. Du mode d'action des eaux minérales de Vichy et de leurs applications thérapeutiques : Paris, 1850, in-8.

faut pas oublier que cette atrophie peut résulter de la cirrhose, maladie sur laquelle nous nous étendrons plus longuement dans l'article suivant.

Faut-il maintenant parler de l'étiologie, des lésions anatomiques, de la marche de l'atrophie du foie? Je crois que ce serait entrer dans des détails inutiles. Nous venous de voir, en effet, que l'affection n'avait d'autre caractère pathologique que celui de produire l'ascite dont il sera question plus tard, et, d'un autre côté, il est universellement reconnu que l'atrophie du foie est au-dessus des ressources de l'art. Enfin, et c'est là une raison capitale pour nous, cette atrophie est ordinairement due à la compression du foie par des tumeurs variées; elle ne constitue par conséquent qu'une lésion secondaire.

ARTICLE VIII.

CIRRHOSE DU FOIR.

On chercherait en vain des descriptions de la cirrhose dans les ouvrages qui ont paru avant ces dernières années. Cette lésion du foie, qui est une cause fréquente de l'ascite, avait été méconnue ou confondue avec d'autres altérations jusqu'à Laënnec (1). Cet auteur, le premier, a reconnu que, dans certains cas d'ascite, le foie présentait une altération toute particulière qu'il crut devoir regarder comme le résultat d'une production morbide. M. Boulland reprit la question sous le point de vue de l'anatomie pathologique, et plus tard M. Becquerel en a fait le sujet de recherches étendues. C'est à l'aide de ces travaux et de plusieurs observations inédites que je vais présenter les détails suivants.

§ I. — Définition | synonymie | fréquence.

On a dit que la cirrhose était caractérisée par un état particulier du foie qui donne aux tissus de cet organe l'aspect de la cire. Cette définition me paraît insuffisante, et je crois qu'il vaut mieux, avec M. Becquerel, définir la cirrhose une affection caractérisée anatomiquement par l'hypertrophie de la substance jaune du foie, ou, en d'autres termes, des granulations, coıncidant, à une époque avancée de la maladie, avec une diminution générale du volume de cet organe. On a encore désigné cette affection sous le nom d'état granuleux du foie, et les Allemands lui donnent celui de Muscatnussleber. La fréquence de la maladie n'est point encore rigoureusement déterminée. Nous pouvons dire cependant que depuis qu'elle a été signalée on en a cité de nombreux exemples.

§ II. — Causes.

Suivant M. Becquerel (2), l'étiologie de la cirrhose ne serait pas aussi difficile qu'elle le paraît au premier abord. Voyons quelles sont les circonstances dans lesquelles elle s'est développée, suivant cet auteur, et d'après le petit nombre d'observations que j'ai pu rassembler.

1° Causes prédisposantes.

- · M: Becquerel a trouvé, relativement au sexe, que, sur soisante-trois cas, il ?
- (1) BOLLLAND, Considér, sur un point d'anat, pathol, du fois (Mém, de la Soc. d'émul., 1, 1X, 1826).
 - (2) Rech. anal, et path. sur la cirrh. du foie (Archiv. gén. de méd., mai et juin 1860).

avait quarante hommes et dix-sept semmes; il en conclut que les hommes sont plus disposés à la cirrhose. Cependant on peut regarder ces chissres comme étant encore insuffisants. Je trouve, dans cinq cas que j'ai réunis, trois semmes et déux hommes.

L'âge est très variable : dans les obsérvations rapportées par M. Becquerel, la maladie à été plus fréquente entre trente et quarante ans ; dans celles dont je viens de parler, l'âge à varié entre trente-trois et soixante-neuf. Les énfants peuvent aussi être affectés de la cirrhose. MM. Baron et Ghérard en ont cité chacun un exemple.

La constitution n'a offert rien de particulier à M. Becquerel. Chez les sujets dont j'ai rassemblé les observations, la constitution était généralement médiocre. Une nourriture mauvaise et des excès de toute espèce ont été this att nombre des causes de cette maladie; mais l'insuffisance des chilfres ne permet pas de regardér cette assertion comme positive, surtout quand il s'agit d'individus observés dans les hôpitaux, et chez lesquels ces conditions hygiéniques sont si fréquentes. L'habitation d'un lieu bas, mal aéré, humide, a été assez fréquentment notée; mais, encore ici, devons-nous nous abstenir de conclure rigoureusement, par la même raison qui viênt d'être indiquée.

2º Causes occasionnelles.

Parmi les causes déterminantes, M. Becquerel a cité en première ligne les affections du cœur, et il a expliqué la production de la cirrhose comme une suite des nombreuses congestions qui surviennent dans le cours de ces affections. La moitié des sujets qu'il a observés présentaient une affection du cœur antérieure à la cirrhose. Dans les cinq observations déjà citées, on n'a noté qu'une seule fois un rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire, et ce rétrécissement n'était pas assez considérable pour occasionner une stase notable du sang dans le foie. De nouvelles recherches me paraissent nécessaires sur ce point.

L'emphysème pulmonaire, également signalé par cet auteur, n'aurait eu d'autre insuence que de provoquer le développement de la maladie du cœur. Les résexions précédentes s'appliquent, par conséquent, à cette affection.

Les tubercules n'ont pu être considérés comme donnant lieu à la cirrhose que dans six cas observés par M. Becquerel. Dans ceux que j'ai cités, on trouvait seu-lement une trentaine de petits tubercules chez un sujet, et un seul chez un autre.

L'influence des maladies dont il vient d'être question ne paraît pas définitivement démontrée. Cependant il ressort de cette analyse qu'il est rare que la cirthose survienne chez un individu qui n'est pas affecté d'une maladie étrangère au foie.

Les affections morales vives, qu'on aurait pu aussi étudier dans les causes prédisposantes, méritent une mention à cause de leur action bien connue dans la production de l'ictère. Chez deux des sujets dont j'ai l'observation sous les yeux, des chagrins très vis ont été suivis immédiatement du début de la maladie. Cette cause ne s'est reproduite que chez deux des malades dont parle M. Becquerel, en sorte qu'en somme la proportion est minime.

Ensin, j'indiquerai seulement les grandes fatigues corporelles et les affections du tube digestif. Les premières n'ont existé que très rarement, et les secondes se sont montrées presque toujours après le début de la maladie du soie.

S III. — Symptômes.

Pour tracer la description de la cirrhose, M. Becquerel a divisé cette affection

en deux espèces, qui sont : la cirrhose aiguë et la cirrhose chronique. Mais il s'est borné, pour saire connaître la première, à en citer un exemple, et, dans ce cas, saus la marche rapide de la maladie, et une douleur de l'hypochondre un peu plus considérable qu'on ne la rencontre ordinairement, il n'y a eu rien de particulier. Je me contenterai donc d'une description générale, car il sussit d'avoir attiré l'attention sur cette marche rapide de l'assection dans quelques cas.

Début. Le début n'est ordinairement annoncé que par un peu de malaise; quelques il est marqué par un sentiment de gêne plutôt que de douleur dans la région hépatique, et assez fréquemment les malades n'en ont aucune conscience; de telle sorte qu'ils ne commencent à s'apercevoir de leur état de maladic que lorsque l'ascite apparaissant, leurs vêtements deviennent trop serrés. Quelques troubles digestifs, et principalement une diminution plus ou moins notable de l'appétit, peuvent aussi coıncider avec l'apparition de l'affection hépatique.

Symptômes. Lorsque la maladie est confirmée, on observe les symptômes suivants: Une douleur, qui est loin d'être fréquente, est ressentie par quelques individus, soit dans la région du foie, soit dans les lombes, soit, ce qui est plus rare, dans une partie de l'abdomen rapprochée de l'ombilic. Ce symptôme n'a existé que deux fois dans les cas que j'ai rassemblés, et bien plus rarement encore dans ceux dont M. Becquerel a donné l'analyse. La douleur s'est toujours montrée faible et sourde; la pression n'en a jamais réveillé aucune dans la région du foie, à moins de complication.

D'après les recherches de M. Becquerel, le foie peut être augmenté de volume à une époque peu éloignée du début. Dans les cas que j'ai rassemblés, cet organe présentait un volume notablement au-dessous de l'état normal, sans doute parce que la maladie était arrivée à une période avancée. Au reste, cette augmentation passagère du volume n'est jamais très considérable; elle ne saurait en imposer pour une des affections chroniques dont je parlerai plus loin, et dans lesquelles le foie devient énorme. Cependant il peut y avoir des exceptions à cette règle. M. le docteur Requin (1) a, en effet, cité deux cas dans lesquels le volume du foie, au lieu d'être diminué, était au contraire augmenté d'une manière notable, bien que la maladie fût arrivée à une période avancée.

Il résulte de là que la palpation ne sournit ordinairement que des caractères négatifs. De quelque manière, en esset, qu'on la pratique, lorsque l'assetion a une certaine durée, et quand même l'ascite ne s'opposerait pas, dans plusieurs cas, à ce qu'elle sût exercée convenablement, on ne sent sous les sausses côtes ni résistance ni tumeur.

A l'aide de la percussion, on peut parsois constater la diminution du volume du soic. C'est ainsi que, dans un cas qui m'a été communiqué par M. Cossy, la matité déterminée par cet organe ne s'élevait que jusqu'à la neuvième côte.

L'ictère, dit M. Becquerel, est très rare dans la cirrhose; mais cet auteur fait remarquer qu'il existe fréquemment une coloration particulière de la peau qu'il décrit ainsi: « Cette coloration de la peau, plus caractérisée à la face et au cou que dans les autres parties, est constituée par une teinte jaunâtre légèrement terreuse, qui, à peine sensible et d'une nuance légère dans quelques cas, peut, dans d'autres cas au contraire, acquérir un haut degré d'intensité, et donner à la face sur-

⁽¹⁾ Foy. Lee sujet une Vole sur un cas de circhose avec hypertrophic du foie, par M. Mesnet Union médic., mardi 17 avril 1847,.

tout une teinte légèrement cuivreuse, qui se rapproche de l'ictère, auquel on peut, jusqu'à un certain point, l'attribuer, puisque le fond des conjonctives est un peu jaune. Il est fâcheux que M. Becquerel ne nous ait pas indiqué la proportion exacte des cas où se produit cette coloration. Dans ceux que j'ai rassemblés, elle s'est montrée deux fois; dans deux autres, elle a complétement manqué, et chez le cinquième sujet il existait un véritable ictère jaune-verdâtre, assez intense, occupant les sclérotiques aussi bien que toutes les autres parties du corps. La coloration particulière décrite par M. Becquerel ne me paraît être autre chose qu'un ictère très léger, et que par conséquent on doit rechercher très attentivement.

L'ascite est un des phénomènes les plus remarquables qu'on observe dans le cours de la cirrhose. D'après les observations de M. Becquerel, elle ne se produit que lorsque l'affection est parvenue à une époque assez avancée; mais à cette époque elle est constante. C'est ce qui a été noté dans les observations que j'ai sous les yeux, et où, comme je l'ai dit plus haut, la cirrhose présentait toujours la forme chronique. Lorsque l'ascite est due uniquement à l'altération du foie, elle est remarquable en ce qu'elle se produit avant l'ædème des membres inférieurs; c'est ce qui a été noté dans les cas que j'ai rassemblés. En outre, ce n'est qu'au bout d'un temps quelquefois assez long que les jambes commencent à s'ædématier. Leur infiltration peut même rester peu considérable, et n'être nullement en rapport avec l'abondance de l'épanchement dans la cavité péritonéale. Lorsqu'il existe d'autres lésions qui donnent lieu à l'anasarque, comme les affections du cœur ou des reins, les choses peuvent se passer différemment; mais alors on trouve dans les symptômes propres à ces maladies la raison de cette anomalie apparente. L'ascite ne présente, du reste, rien de spécial dans ces cas que je rappellerai à l'article Hydropisie.

Une particularité que M. Becquerel n'a pas mentionnée, et qui cependant a une très grande importance, c'est la présence sur l'abdomen de veines dilatées et sinueuses extrêmement apparentes. Elles ont été décrites dans trois des cinq cas que j'ai déjà indiqués, et, dans les deux autres, on a peut-être oublié de les rechercher. J'insiste sur ce point, parce que, dans le diagnostic de l'ascite, j'aurai à rappeler ces faits. Chez un sujet, la dilatation veineuse se montrait dans toute l'étendue de l'abdomen, y compris l'épigastre.

Dans les premiers temps, la face peut rester naturelle. A une époque plus avancée, outre la coloration dont il a été question plus haut, elle offre un amaigrissement notable, elle est ridée et grippée. Les membres supérieurs participent à l'amaigrissement général; et comme ils n'offrent pas d'infiltration, il existe une disproportion frappante entre leur volume, celui de l'abdomen et celui des membres inférieurs.

Dans les premiers temps, l'appétit ne subit qu'une diminution peu considérable, ou même est conservé. A une époque avancée, il est notablement diminué, ou même il existe une anorexie complète. Des vomissements muqueux ou bilieux, des éructations gazeuses se montrent dans un certain nombre de cas; mais il est impossible, dans l'état actuel de la science, de dire quel est le rapport de ces symptômes avec l'affection hépatique. La soif est toujours modérée; la bouche reste naturelle, si ce n'est vers les derniers jours et lorsque l'agonie commence; car alors la langue devient souvent rouge et sèche, ou couverte d'un enduit épais. La constipution est rare, d'après les observations de M. Becquerel; mais ce sym-

ptôme n'a pas été étudié d'une manière assez précise dans son mémoire. Il arrive sans douté assez souvent qu'un dévoiement léger survient, soit par suite d'une complication, soit parce qu'il a été provoqué par les purgatifs. Sauf ces cas, on peut dire que la constipation est un phénomène constant; et si, chez un sujet, M. Becquerel a constaté que les selles sont restées naturelles dans tout le cours de la maladie, on doit regarder ce fait comme exceptionnel. A une époque très rapprochée de la terminaison fatale, les selles deviennent involontaires dans un assez bon nombre de cas.

Les urines présentent des caractères particuliers. « Elles sont, dit M. Becquerel, d'une couleur jaune orangé très foncé et souvent rougeatres, très denses, fortement acides, et chargées d'une quantité anormale d'urate acide d'ammoniaque, qui se précipite soit spontanément par le refroidissement, soit par l'addition d'une petite quantité d'acide nitrique. » Dans les cas que j'ai sous les yeux, ces caractères des urines ont été constatés alors même qu'il n'y avait pas de coloration jaune de la peau, et en même temps on s'est assuré, en soumettant le liquide à l'action de la chaleur, qu'il ne contenait pas d'albumine.

La respiration n'est point gênée dans les cas où l'ascite n'est pas considérable et où il n'existe point de complication. Le pouls varie de 60 à 100 pulsations, et n'acquiert ce dernier degré de fréquence qu'à une époque voisine de l'agonie; il peut alors devenir irrégulier et inégal.

La chaleur de la peau reste normale dans le plus grand nombre de cas. Quelquesois on a noté un restoidissement, mais ce n'est que dans les derniers temps de la maladie. Un phénomène plus remarquable, c'est la sécheresse de la peau, qui a été notée par M. Becquerel, et que je retrouve dans mes observations. Dans un cas recueilli par M. Gossy dans le service de M. Louis, il n'y avait pas la moindre trace de sueur, même sous les aisselles. On administra des sudorisques, et l'on tripla les couvertures du malade, sans pouvoir produire la moindre moiteur. C'est la évidemment un symptôme important. La peau est en même temps rugueuse et a l'aspect terreux, au moins dans un bon nombre de cas.

Lorsque l'affection touche à sa fin, on note chez beaucoup de malades, un anéantissement complet, avec trouble des fonctions intellectuelles, et l'agonie duré ordinairement plusieurs heures.

S IV. -- Marche; durée; terminaison.

D'après les observations de M. Becquerel, la marche de la maladie est continue, et il est extrêmement rare de rencontrer des rémissions. C'est en effet ce qui à été noté dans les observations particulières que j'ai indiquées. Une fois l'ascite produite, on observait une augmentation constante de tous les symptômes, et si l'on pratiquait la paracentèse, l'hydropisie ne tardait pas à se reproduire aussi abondante qu'auparavant.

La durée de la maladie est, dans presque tous les cas, considérable; cependant on voit quelquesois les symptômes marcher rapidement, même alors que les lésions ont un caractère de chronicité non douteux. C'est ainsi qu'un sujet observé par M. Cossy, dans le service de M. Louis, à l'hôpital Beaujon, a succombé deux mois après l'époque à laquelle il faisait remonter les premiers symptômes. Mais il faut remarquer qu'en pareil cas le premier phénomène apparent est l'ascite, et que sans aucun doute la lésion du soie est beaucoup plus ancienne. D'après les obser-

vations que nous possédons, la durée est de cinq ou six mois à un an et plus. Nous avons vu plus haut que, suivant M. Becquerel, il existe une cirrhose eigué dont les périodes sont beaucoup plus courtes; mais il est bien rare qu'en cet état la maladie occasionne par elle-même la mort, et le plus souvent, il faut le reconnaître, cette cirrhose aigué n'est que le premier degré de la maladie.

Dans tous les cas bien connus, la terminaison a été fatale.

§ ▼. — Lésions atlatomiques.

J'exposerai rapidement les altérations anatomiques. Nous avons vu qu'avant laënnec on regardait ces altérations comme de nature tuberculeuse; cet auteur avant démontré qu'elles étaient d'une nature tout à fait différente, en a tracé une description détaillée. Il décrit, en esset, une cirrhose en masse, une cirrhose en plaque et une cirrhose en kystes. Mais les investigations ultérieures ont montré que ces diverses sormés générales n'avaient pas une grandé importance, et que le point essentiel est le développement des granulations.

Ces granulations, d'après M. Andral, sont formées par l'hypertrophie de la substance blanche du foie, en même temps que la substance rouge est atrophiée.

- M. Becquerel a adopté cette opinion; mais, d'après M. Cruveilhier, ce ne serait pas toute la substance blanche ou jaune du foie qui serait hypertrophiée, et il n'y aurait que quelques granulations qui prendraient un volume considérable, taudis que d'autres s'atrophicraient. Les documents sur ce point ne sont pas assez précis pour qu'on pulsse se prononcer. Contentons-nous donc d'exposer, d'après les récherches de M. Becquerel et d'après ce que nous avons trouvé dans nos observations, l'état des granulations hypertrophiées et celui du tissu qui les entouré, ainsi que la forme générale du foie.
- M. Becquerel a observé que, dans le premier degré de la cirrhose, le foie acquiert un volume plus grand qu'à l'état normal. À cette époque aussi l'organe est congestionné. Dans les observations que j'ai sous les yeux, jamais cet état ne s'est présenté. Plus tard le foie est, au contraire, diminué de volume (1), il a une coukur jauhe foncé, cuir de botte; à sa surface externe, on voit, au-dessous du pêritoine, des granulations volumineuses formant comme des mamelons juxtaposés, et dont le diamètre peut s'élever à 4, 5 ou 6 millimètres. Lorsque leur volume est aussi considérable, ces espèces de mamelons sont comme entassés. On en trouve un bon nombre qui sont déformés par suite de la pression qu'ils ont exercée les uns sur les autres; mais on n'en trouve pas de très petits à côté d'autres volumineux, comme cela devrait être d'après la manière de voir de M. Cruveilhier. Cepéndant on a cité des cas où le soie était notablement désormé, et présentait à l'extérieur de arges saillies séparées par des intersections plus ou moins profondes ! peut-être cet état est-il du à cette atrophie partielle dont parle l'auteur que je viens de citer. Mais il faut prendre garde aussi de confondre avec la cirrhose une simple atrophie du soie, comme cela a été sait quelquesois. Une désormation semblable peut, en effet, se montrer dans l'atrophie, et l'état seul des granulations, volumineuses dans la cirrhose, très petités d'ans l'atrophié, peut éclairer l'observateur. Dans quelques cas rares, enfin, comme on en trouve un exemple dans un des cas rapportés par

⁽¹⁾ Foy. plus flairt (p. 168) fés cas exceptionniels observés par 外. Requin.

M. Andral, on rencontre une véritable destruction d'un certain nombre de granulations qui semblent avoir été énucléées, et qui laissent des vacuoles disséminées dans le foie, tandis qu'anx environs les granulations sont entassées dans un espace trop petit pour les contenir.

Les divers états que je viens de décrire correspondent aux trois degrés admis par les auteurs.

Le tissu qui environne les granulations, c'est-à-dire la substance rouge, la partie éminemment vasculaire du foie, s'atrophie, au contraire, d'une manière évidente, de telle sorte qu'entre les granules, elle n'a plus que l'épaisseur d'une mince pellicule. On peut s'en convaincre facilement en énucléant les granulations, ce qui est toujours facile lorsqu'elles ont atteint un volume considérable. Il reste alors une cavité arrondie dont les parois lisses sont si minces et si transparentes, qu'elles laissent apercevoir les granulations voisines. C'est avec une peine extrême qu'on parvient à y découvrir quelques vaisseaux rares et de la plus grande ténuité.

La vésicule et les conduits biliaires ne présentent rien de particulier à noter. Dans les cas où le foie a subi une déformation considérable, il n'est pas rare de voir, à sa surface, des brides qui l'unissent à la paroi abdominale et au diaphragme; c'est dans les intersections que ces brides viennent s'insérer. Enfin, on trouve dans le cœur, les poumons, etc., les traces des diverses maladies complicantes mentionnées plus haut. Mais ce n'est pas ici le lieu de s'en occuper.

En résumé donc, les lésions essentielles de la cirrhose sont : l'hypertrophie de la substance jaune et l'atrophie de la substance rouge. Mais comment se produisent-elles? Je crois devoir examiner rapidement cette question, à cause de son importance. Laënnec pensait qu'il y avait dépôt d'une matière de nouvelle formation. M. Boulland a avancé qu'il y avait une dissociation des éléments du foie; mais ces deux opinions sont aujourd'hui abandonnées. MM. Andral et Cruveilhier se contentent de signaler l'hypertrophie, et M. Becquerel seul cherche à expliquer comment ce développement se produit. Suivant lui, le tissu jaune s'infiltre d'une matière jaunâtre albumino-sibreuse analogue aux pseudo-membranes molles, albumineuses et blanchâtres que l'on rencontre dans les épanchements des membranes séreuses. C'est de cette hypertrophie que résultent la compression et l'atrophie de la substance rouge; plus tard, la matière albumineuse qui insiltre les granulations perd une partie de l'eau qu'elle contenait, se contracte, et la granulation diminue de grosseur, ce qui explique comment, dans les premiers temps, l'organe avait augmenté de volume et avait conservé sa consistance naturelle, ou bien s'était montré un peu ramolli, tandis que plus tard il a perdu de son volume et a acquis une sermeté plus grande.

Dans les observations que j'ai sous les yeux, il est une circonstance qui empêche de regarder cette théorie comme parsaitement démontrée : c'est que les granulations ont toujours paru d'autant plus volumineuses, que la maladie était plus avancée, et l'on doit reprocher à M. Becquerel de n'avoir pas comparé l'étendue des granulations dans ce qu'il appelle le premier degré de la maladie, et dans le deuxième et le troisième degré. Cette négligence ôte à sa mauière de voir beaucoup de sa valeur.

Je terminerai en faisant remarquer la compression et l'oblitération des petits vaisseaux composant la substance rouge, ce qui explique d'une part la production

de l'ascite, et de l'autre la dilatation des veines qui rampent sur l'abdomen, car la gêne de la circulation doit être, en pareil cas, très considérable.

§ VI. - Diagnostic.

Le diagnostic a été établi d'une manière précise par M. Becquerel; aussi ne surais-je mieux faire que de lui emprunter presque complétement cette partie de la description de la cirrhose.

Cet auteur distingue d'abord la cirrhose de l'hydropisie enkystée des ovaires, aux signes suivants : cette dernière maladie, ayant son siège dans les ovaires, ne se développe que chez les femmes; la tuméfaction du ventre est plus lente, et les parois de cette cavité présentent une forme différente de celle qui est propre à l'ascite. J'ajoute qu'à l'aide de la percussion on limite le kyste, et l'on s'assure qu'il n'existe pas un épanchement dans le péritoine lui-même. C'est, au reste, un point sur lequel je reviendrai plus tard. En outre, on ne trouve ni la coloration particu-lière de la peau indiquée plus haut, ni la couleur jaune orangé, ni le dépôt briqueté des urines.

La péritonite chronique se distingue par les douleurs abdominales spontanées ou à la pression; par l'absence de la coloration dont j'ai déjà parlé; par la fièvre hectique et par les signes de tubercules pulmonaires; car, comme on le sait, la péritonite chronique est due à la présence des granulations tuberculeuses dans la membrane péritonéale.

Cependant il ne faudrait pas donner trop de valeur à ce signe, parce que la péritonite peut exister à un degré très marqué, les granulations tuberculeuses n'étant pas assez abondantes dans le poumon pour donner lieu à des symptômes appréciables. Je dois ajouter que la fluctuation abdominale n'est pas, en pareil cas, aussi caractérisée que lorsqu'il existe une ascite dépendant de la cirrhose, et je ne dois pas oublier de présenter ici la remarque suivante, faite par M. Louis (1): «On voit, dit cet auteur, survenir dans la péritonite chronique un retrait plus ou moins rapide ou lent de l'épanchement, à la suite duquel le ventre, légèrement et universellement météorisé, laisse apercevoir les circonvolutions de l'intestin distendes par suite de la difficulté avec laquelle les matières qu'il contient en parcourent les sinuosités. » Nous savous que rien de semblable ne s'observe dans la cirrhose, et qu'au contraire l'ascite fait des progrès continuels.

L'hépatite chronique a pour caractères un développement notable du foie et une douleur beaucoup plus constante et plus marquée que celle de la cirrhose. En même temps on observe un certain mouvement sébrile, et enfin l'ascite manque : t'est plus qu'il n'en faut pour établir le diagnostic d'une manière précise.

Je donnerai le diagnostic de la cirrhose et du cancer du foie dans un des articles suivants.

Reste une affection dont M. Becquerel n'a pas parlé, et qui est cependant importante, c'est l'ascite due à l'oblitération des grosses veines. Il est d'autant plus nécessaire d'en tenir compte, que, dans l'affection du foie dont il s'agit ici, on trouve assez souvent, ainsi que je l'ai indiqué plus haut, des veines dilatées rampant dans la paroi abdominale. Je dois donc noter ce fait, me réservant d'y revenir quand je traiterai de l'ascite.

il Rech. sur la philisie, 2º édit., p. 295.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1º Signes distinctifs de l'hydropisie enkystée des ovaires et de la cirrhose.

CIRRBOSE.

Plus fréquents chez les hommes que chez les femmes.

Coloration particulière de la peau.

Urines d'un jaune rougeatre, avec sédiment briqueté.

Tuméfaction plus rapide du ventre. Abdomen uniformément développé. STROPISIE ENEYSTÉE DES OVAIRES.

N'attaque nécessairement que les sommes

Pas de coloration particulière de la peau Urines naturelles.

Tumélaction plus lents de l'abdomen. Forme particulière du ventre; ovaires dé veleppés, limités par la percussion.

2° Signes distinctifs de la péritonite chronique et de la cirrhose.

CIRREUSE.

Coloration particulière de la posu. fièrre peu notable ou nulle, à moins de complications.

Douleurs de ventre nulles.

Pas de signes de subsrcules, à moins de complications.

L'ascile fait des progrès continueis.

SESTIONITE CHRONIQUE.

Pas de coloration particulière. Fièvre bectique.

Ventre douloureux spontanément et à la pression.

Signes de tubercules pulmonaires (signe douteux).

Retrait de l'épanchement; météorisme; les oirconvolutions de l'intestin deviennent ensuite visibles.

3° Signes distinctifs de l'hépatite chronique et de la cirrhose.

CURREPOSE.

Foie ne déborde pas les côtes, excepté dans des ées exceptionnels.

Douleur nulle ou très légère.

Pièvre nulle ou très légère.

Assile.

MÉPATITE CERONIQUE.

Foie déborde notablement les côtes.

Douleur ou gêne plus constante et plus marquée.

Mouvement fébrile plus constant et plus marqué.

Pas d'escite.

Pronostic. Il est presque inutile de parler du pronostic, puisque nous avens vu plus haut que la terminaison de la maladie a été constamment fatale dans les cas bien déterminés. Peut-être plus tard, le diagnostic faisant de nouveaux progrès, arrivera-t-on à quelque autre conclusion; mais c'est là ce qui résulte des faits aujourd'hui connus. Tout ce que je dois dire ici, c'est que la gravité des complications et la rapidité avec laquelle se reproduit l'ascite après la ponction sont des signes pronostiques dont il faut tenir compte.

§ VII. - Traitement.

De quelque manière qu'on ait étudié le traitement, on a été forcé de reconnaître qu'aucun des moyens employés n'avait réussi à argêter la marche de la maladie. Il résulte même des observations que les principaux symptômes n'ont subi aucun amendement sous l'influence des médications mises en usage. Ce que nous avons à faire ici, c'est donc de mentionner les remèdes prescrits pour remplir les indications que chacun a cru trouver dans les phénomènes morbides.

On a appliqué des sangsues à l'anus et sur la région du soie; on a convert cette partie de vésicatoires, on y a placé des cautères. Les diurétiques, tels que le

sirop de pointes d'asperges, la digitale, le nitrate de potasse, etc., ont été presçrits sans diminuer en rien l'hydropisie. Il en a été de même des purgatifs répétés, qui ont l'inconvénient d'affaiblir le malade. On a rarement donné les divers médicaments désignés sous les noms de désobstruants et de fondants; cependant c'est à eux que le praticien devra principalement recourir; mais je ne crois pas devoir les indiquer, parce qu'on les trouvera exposés à l'article Hépatite chronique [roy. p. 157 et suiv.).

Lorsque la tuméfaction du ventre est considérable et que la respiration est gênée, on pratique la paracentèse, sur laquelle j'insisterai à l'article Ascite; mais l'épanchement péritonéal ne tarde pas à reparaître, et l'on est obligé de recourir plusieurs sois à cette opération, sans autre profit qu'un soulagement passager. Chez un sujet observé par M. Cossy, une hernie inguinale était chassée invinciblement au dehors dès que le péritoine s'emplissait. Dans les cas de ce genre, on doit pratiquer la ponction plus tôt que dans les autres, pour prévenir l'engouement intestinal. Il serait inutile d'insister davantage sur ce traitement, qui exige des recherches neuvelles.

ARTICLE IX.

ÉTAT GRAS; EMPHYSÈME; CONCRÉTIONS BILIAIRES; MASSES ADIPOCIREUSES; TISSU ÉRECTILE; MASSES MÉLANIQUES DU POIE.

Avant d'aborder l'histoire du cancer du sois, je dirai un mot de quelques altérations sur lesquelles je glisserai très rapidement, parce qu'elles n'ont point d'importance pratique. Je commencerai par l'état gras du sois, qui se rencontre particulièrement, comme on le sait, dans les cas de tubercules, et que quelquesois assi, quoique bien rarement, on trouve dans des circonstances disserantes. M. Louis n'a trouvé cette altération que quatre seis chez des sujets non tuberculeux, et M. Comp en a recueilli deux exemples à l'hôpital Beaujon chez deux temmes, l'une morte en couches, et l'autre à la suite d'une persoration de l'utérus et de la vessie, résultant d'un cancer de la matrice.

1° La transformation graisseuse du foie ne donne pas lieu à des symptômes particuliers, et, ainsi que l'a remarqué M. Louis, elle se maniseste avec conservation du volume et conservation de la sorme de l'organe. Elle n'a jamais occasionné la mort par elle-même, et l'on ne sait rien sur son traitement. C'est donc assez nous en occuper; et il sussit de renvoyer, pour plus de détails, aux *Recherches* de M. Louis (1).

L'emphysème du foie n'a pas d'intérêt plus grand pour le praticien, quoiqu'il ne paraisse pas douteux, d'après les observations de M. Louis, et d'après deux cas recueillis par M. Cossy, que cette lésion peut se produire pendant la vie. On trouve, en pareil cas, le foie, léger, surnageant comme le poumon, quand on le met dans l'eau, et formé de vacuoles dont la plupart son pleines d'air. Dans un des cas observés par M. Cossy, et qui eut lieu chez un sujet empoisonné par l'acide nitrique, il y eut un ictère, symptôme qui parut en rapport avec la lésion de la glande hépatique.

⁽¹⁾ Reck. sur la phthisie, 2º édit.; Paris, 1843, chap. Appareil biliaire. p. 116.

3° Les concrétions biliaires ou d'une autre nature, comme M. Mérat en a cité des exemples; les amas de substance adipocireuse; la formation d'un tissu érectile dans le foie; le développement de la substance mélanique, sont encore des lésions qu'il suffit d'indiquer dans un ouvrage de la nature de celui-ci. Elles n'ont, en effet, été étudiées que sous le point de vue de l'anatomie pathologique, et c'est en vain que l'on voudrait tracer d'une manière précise la description des symptômes auxquels elles peuvent donner lieu.

ARTICLE X.

CANCER DU FOIE.

Cette affection, dit J. Frank (1), n'était point inconnue à l'antiquité; mais on en reléguait la description dans le traité de l'hépatite ou de l'ictère. Nous devons ajouter qu'avant les travaux de Schilling (2), de Fréd. Hoffmann (3), d'Alberti, et surtout avant les recherches plus récentes de Bayle (4), et de MM. Andral et Cruveilhier (5), le carcinome du soie constituait une des nombreuses affections chroniques décrites d'une manière générale sous les noms d'engorgements, d'obstructions, etc. C'est donc aux travaux modernes que j'aurai recours; mais je ne m'en tiendrai pas là, et je réunis un certain nombre d'observations qui me paraissent propres à éclairer quelques unes des questions qui pourraient paraître encore douteuses, malgré les travaux de ces auteurs.

S I. - Définition; synonymie; fréquence.

Il semble inutile de définir le cancer du soie, l'affection cancéreuse étant le résultat d'une production toute particulière. Mais quelques auteurs, et en particulier J. Frank, ayant voulu qu'on désignât sous le nom de cancer ou de maladies carcinomateuses les dégénérescences les plus variées, il importe de dire que nous n'entendons décrire sous ce titre que les dégénérescences squirrheuses et encéphaloïdes. D'après quelques observateurs, il faudrait traiter à part de ces deux espèces de productions morbides, le squirrhe étant, snivant eux, tout à sait différent du cancer cérébrisorme; mais en admettant même que les anatomopathologistes, qui prétendent que le squirrhe ne peut pas, en se ramollissant, se transformer en matière encéphaloïde, aient démontré l'exactitude de leur proposition mieux qu'ils ne l'ont sait, nous ne pourrions pas adopter cette division, parce qu'il est positif que, sous le rapport des symptômes, de la marche de la maladie et de sa terminaison constamment suneste, on n'a rien indiqué de propre à l'une de ces deux dégénérescences.

Le cancer du soie a été encore désigné sous les noms de carcinome, d'affection carcinomateuse du soie, de squirrhe, de songus.

On a dit que le caucer du soie était l'affection la plus fréquente de cet organe. En admettant que l'ictère simple ne soit pas une affection du soie, et en mettant

¹⁾ Prax. med., pars. 111, vol. 11, sect. 2, De morb. earcin. hepat., cap. VIII.

⁽²⁾ Dissert. de hep. scirrho; Lipsia, 1610.

⁽³⁾ Diss. de scirrho hepat.; Halz, 1722.

⁽⁴⁾ Des malad. cancer.; Paris, 1811.

^{·5)} Anat. pathol.

de côté l'état gras de cet organe qui se montre bien plus souvent, on pourrait peut-être soutenir cette proposition; mais il y aurait encore, à cet égard, une distinction importante à faire. Il est, en esset, infiniment rare que le soit primitivement affecté de cancer; il ne l'est, dans la très grande majorité des cas, que consécutivement au développement d'une autre affection carcinomateuse ayant son siège dans un autre organe, et généralement dans l'estomac. C'est ce dont on peut s'assurer en lisant les observations publiées, et entre autres celles de M. Andral. « Sur cinquante-cinq cas de cancer que j'ai réunis, dit M. Louis (1), il en est dix dans lesquels on a trouvé des tumeurs de cette nature dans le soie ou à sa surface. Dans tous ces cas, il y avait une altération cancéreuse dans d'autres organes, et ordinairement dans l'estomac (six fois sur dix); et ce qu'il y avait de remarquable, c'est que le cancer était manisestement plus avancé dans ce dernier organe que dans le soie. Si donc le cancer se développe quelquesois primitivement dans la glande hépatique, c'est un fait rare et qui est contraire à la règle générale. » J'ai cru devoir insister sur ce point, parce qu'il est important, comme on le verra plus tard, pour le diagnostic.

& II. - Causes.

1° Causes prédisposantes.

Nous n'avons, comme on a pu très bien le prévoir, que des indications extrêmement vagues sur l'étiologie du cancer du foie. Bornons-nous donc à mentionner les principales circonstances énoncées par les auteurs, sans y attacher une très grande importance.

D'après un relevé sait par M. Heyselder (2), c'est de quarante à soixante dix aus que la maladie se montrerait le plus sréquemment; mais les chissres ne sont pas sussissants pour indiquer ces limites d'une manière précise. Contentons-nous de remarquer que, comme pour les autres cancers, celui du soie attaque les individus avancés en âge.

Nous sommes un peu mieux fixés sur l'influence du sexe. Sur trente-sept cas, M. Heyfelder a trouvé vingt-quatre hommes et treize femmes, et il s'étonne de ce résultat, parce que, dit-il, le cancer attaque plus souvent les femmes que les hommes. Mais en réalité ce résultat n'a rien qui doive surprendre ; il confirme au contraire des faits bien connus, et entre dans la règle générale. Si le cancer est plus fréquent chez la femme, c'est parce que cette affection atteint l'utérus dans une très grande proportion des cas ; mais on n'en peut rien conclure relativement aux autres cancers. Si nous nous rappelons, en effet, ce qui a été dit à ce sujet, sur le cancer de l'estomac (3), nous remarquerons que les hommes y sont notablement plus exposés que les femmes, et c'est là ce qui nous explique la plus grande fréquence chez eux du cancer du foie, puisque, comme nous l'avons déjà dit, l'affection cancéreuse de ce dernier organe est, dans le plus grand nombre des cas, une conséquence du développement de la même maladie dans le premier.

Relativement aux conditions hygiéniques, à la constitution, et aux autres cir-

⁽¹⁾ Notes inédites sur le cancer.

⁽²⁾ Studien im. Geb. der Heilm.; Stuttgardt, 1838, t. 197.

³⁾ Foy. t. 11, p. 576.

constances regardées comme prédisposantes, telles que les chagrins prolongés, etc., je me borne à renvoyer à ce qui a été dit à propos du cancer de l'estomac.

2° Causes occasionnelles.

Je ne crois pas devoir entrer dans de grands détails relativement aux causes occasionnelles. Qu'il me suffise de dire qu'on a cité, comme pouvant produire le cancer, les violences externes sur l'hypochondre droit, les fièvres intermittentes (1), les pertes de sang très-abondantes (2), la suppression des divers exutoires, etc., etc. Aucune de ces assertions n'est fondée sur des observations concluantes. Les écarts de régime, et en particulier l'abus des boissons alcooliques, ont aussi pris place dans cette étiologie, et les Anglais, dit J. Frank (3), appellent le squirrhe du foie, wiskey liver; mais toutes ces assertions sont sans importance. Il en est de même de l'opinion qui regarde comme possible la dégénérescence d'une simple inflammation en cancer; c'est un point sur lequel j'ai eu l'occasion de me prononcer plusieurs fois, et sur lequel il serait par conséquent inutile de revenir ici.

S III. — Symptômes.

De cette circonstance que le cancer du soie est très rarement primitis, et qu'il existe presque toujours une assection de l'estomac de même nature, il résulte que les symptêmes qui lui sont propres sont très dissiciles à démêler.

Bébut. On a dit que le cancer du foie débutait ordinairement par des troubles marqués du côté du tube digestif, tels que la perte de l'appétit, on un appétit bizarre, des éructations gazeuses, des digestions laborieuses, etc. Mais il est évident que ces symptômes appartiennent non à l'affection du foie, mais à la maladie soncomitante de l'estomac; et ce qui le prouve, c'est que, dans le cas où le tube digestif était sain, comme on en voit un exemple dans le premier cas cité par M. Andral (4), les fonctions de l'estomac peuvent rester intactes jusqu'à une époque très avancée de la maladie. Un fait dont j'ai entendu récemment lire les détails à la Société d'observation vient confirmer cette proposition, dont la vérité n'a pas frappé les auteurs. Chez un sujet qui a présenté après la mort un nombre considérable de n a ses cancéreuses dans le foie, le canal intestinal et l'estomac n'offrant rien de semblable, les fonctions digestives sont restées intactes jusqu'à une époque voisine de la mort.

Il résulte de l'examen des faits que j'ai rassemblés, que le cancer du foie, dans les cas rares où il est simple et primitif, débute d'une manière latente, et peut avoir fait de très grands progrès avant que son existence ait été manifestée par aucun signe, si ce n'est parfois une gêne plus ou moins marquée dans l'hypochondre droit. Il peut même arriver que ce début latent ait lieu dans des cas où le cancer du foie et le cancer de l'estomac sont réunis; j'en ai sous les yeux un exemple recueilli par M. Coesy, à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Louis.

A une époque très variable de la maladie, il survient, dans un certain nombre de cas, mais non dans tous, de la douleur dans l'hypochondre droit. Cette douleur

¹⁾ VAN-SWIETEN.

⁽²⁾ HALLER, Prelim. physiol. stud.

⁽³⁾ Prax. med., De morb. carcin. hepal.; Lipsia 1843.

⁽⁴⁾ Cliu. med., t. 11, obs. XXXII.

est très variable quant à sa forme : c'est tantôt une douleur contusive ; tantôt et plus sréquemment une douleur lancinante, qui, partant de l'hypochondre droit, s'irradie en divers sens; tantôt enfin des pincements violents, etc. Les mouvements augmentent parfois cette douleur d'une manière très notable, et la pression l'exaspère constamment. Chez quelques sujets, au contraire, il n'existe aucune espèce de douleur, soit spontanément, soit à la pression, à aucune époque de la maladie. H saut dire cependant que les cas de ce genre sont rarcs, quoiqu'il soit impossible de préciser la proportion des cas dans lesquels l'affection est ainsi indolente. Il est très difficile de dire si la douleur appartient au développement du cancer luimême, ou au développement de la péritonite partielle qui se produit fréquemment au niveau des tumeurs cancéreuses; l'attention des observateurs n'a pas, en esset, tté attirée sur ce point, et les complications signalées plus haut rendent ces recherches difficiles. Il est probable que ces deux sortes de lésions contribuent chasune pour leur part à la production de la douleur.

Les signes les plus importants sont évidemment ceux qui résultent de l'augmentation du volume de l'organe. Il est bien rare, en esset, quoique MM. Cruveilhier et Andral en aient rapporté des exemples, que le foie n'ait pas acquis des dimensions considérables. Presque toujours on sent, à l'aide de la palpation le bord in-Krieur du foie qui dépasse les fausses côtes dans toute son étendue ou dans quelques points, et qui offre sous la pression un résistance marquée. Il n'est pas rare de voir l'organe dépasser, en bas, l'ombilic, et même se porter jusqu'auprès de l'os des iles.

Des masses cancéreuses étant, dans presque tous les cas, ainsi que nous le ver. reas plus tard, disséminées sur la surface du foie, on sent des tumeurs plus ou moins dures, résistantes, quelquesois douloureuses, et quelquesois bosselées. Parfois il n'existe qu'une seule tumeur; dans un cas dont j'ai l'observation sous les yeux, cette tumeur occupait l'épigastre, et comme il y avait en même temps un cancer de l'estomac, c'était à cette dernière maladie qu'on avait rapporté son existence. Dans quelques cas, soit parce que les tumeurs ne sont pas superficielles, soit parce que, comme l'a remarqué M. Heyselder, le cancer s'est emparé de toute h substance du foie, cet organe conserve sa forme, et son bord inférieur, dépasant les côtes, n'offre rien de remarquable qu'une dureté qui même n'existe pas toujours.

On peut en même temps, à l'aide de la percussion, non seulement s'assurer que c'est bien le soie qui sorme la tumeur abdominale, mais encore reconnaître son développement du côté de la poitrine, car on a vu parsois cet organe s'élever jusqu'au mameion et bien au-dessus.

L'ictère est loin d'être un symptôme constant du cancer du foie. Dans vingtcinq cas que j'ai réunis, il ne s'est montré que six sois. Faut-il, avec MM. Heyselder et Cruveilhier, admettre que ce symptôme a lieu toutes les sois qu'il y a compression des canaux biliaires, et seulement dans cette circonstance? Les observations xxxv, xxxvII et xxxvIII de M. Andral font voir qu'il n'est pas nécessaire que cette oblitération ait lieu pour que l'ictère se produise. Mais je n'ai pas trouvé d'exemple qui prouve que l'ictère peut manquer, comme le disent les auteurs du Compendium (1), lorsque la compression existe. C'est, au reste, un point sur

^{1&#}x27; Article Maladies du foie, t. IV, p. 89.

lequel de nouveiles recherches sont indispensables. Ce symptôme se montre à une époque très variable de la maladie.

On n'est pas nou plus complétement fixé sur la fréquence de l'ascite dans le cancer du soie. Suivant la plupart des auteurs, l'hydropisie du péritoine est assez (réquente. Dans quinze observations que j'ai réunies, je trouve que l'ascite ne s'est montrés que cinq sois; mais il serait nécessaire d'avoir des chissres plus considérables. Il serait également à désirer que des recherches exactes nous apprissent quelles sont les conditions dans lesquelles se produit l'ascite. En examinant le petit nombre de cas que je viens d'indiquer, je vois que l'hydropisie du péritoine a coincidé wit avec la présence de tumeurs volumineuses autour des gros vaisseaux abdominaux, qui étaient comprimés, soit avec une dégénérescence de la presque totalité de l'organe. Doit-on voir dans ces deux conditions les causes organiques de la production de l'ascite? C'est ce qui demande à être vérifié. L'ascite, du reste, ne présente rien de remarquable, si ce n'est sa permanence, une sois qu'elle est produite. Cependant ce n'est pas là une règle sans exception, car MM. Monneret et Fleury (1) ont cité un cas dans lequel un épanchement de sérosité dans le péritoine, dû à un cancer, se dissipa complétement, pour se reproduire quinze mois plus tard. Il reste aussi à rechercher quelle est, dans la production de l'ascite, l'influence des complications diverses qui existent fréquemment dans l'affection dont il s'agit ici. C'est un travail qu'il faut signaler aux observateurs.

Tels sont les symptômes essentiels du cancer du foie, ceux qu'il importe principalement de connaître. Quant aux autres, que nous allons énumérer, il faudrait des recherches faites plus méthodiquement pour en bien fixer la valeur.

Nous trouvons d'abord les troubles des fonctions digestives : les digestions sont pénibles, longues, difficiles; l'appétit devient capricieux, à une époque plus ou moins avancée; la soif n'est généralement pas augmentée, si ce n'est dans les derniers temps, lorsque la mort est prochaine, ou lorsque de nouvelles lésions sont venues se joindre à la lésion principale. Du côté du ventre, on note des symptômes d'entéralgie. La constipution est le symptôme le plus fréquent dans la plus grande partie du cours de la maladie. S'il existe un ictère, les matières sont plus ou moins décolorées. A une époque très avancée, on observe quelquesois, mais non constamment, des alternatives de diarrhée et de constipation, et dans les derniers temps une diarrhée continuelle, avec des selles involontaires. Je dois ajouter d'une manière générale, relativement à ces symptômes, que la fréquence du cancer de l'estomac, dans les cas observés, rend leur valeur beaucoup moins grande, et qu'on doit admettre que le plus souvent ils sont sons l'influence de l'affection gastrique. Dans un cas dont j'ai eu récemment connaissance, il y eut, à la fin de la maladie. une hématémèse abondante qui se produisit par simple exhalation, et qui était due sans doute à une altération du sang.

Dans les cas où il existe un ictère, les urines présentent les caractères propres à cet état. Dans le cas contraire, elles n'offrent rien de remarquable.

Du côté de la respiration, on observe, à une époque assez avancée seulement, une gêne plus ou moins grande, de l'essoussiement quand les malades montent un escalier, de l'oppression; ces phénomènes sont principalement en rapport avec

^{1.} Compendium, loc. cit.

l'augmentation plus ou moins considérable du volume du foie, et aussi avec l'intensité de la douleur et l'abondance de l'épanchement dans le péritoine.

Le pouls, comme dans toutes les maladies cancéreuses, reste naturel, ou même est ralenti pendant la plus grande partie du cours de la maladie. S'il devient accélèré, étroit, saible, c'est que l'affection touche à sa sin, ou bien qu'il survient une complication. La chaleur est ordinairement diminuée; l'existence d'une complication peut l'élever un peu au-dessus de l'état normal.

Dans les cas où il n'existe pas d'ictère, la face est généralement pâle, ou bien présente la coloration légèrement jaunâtre qui se montre dans les diverses affections cancéreuses. On a signalé, dans un certain nombre de cas, l'existence de taches rougeâtres, brunâtres, ou d'une couleur fauve, auxquelles on a donné le noun de taches hépatiques; mais nous ne sommes pas suffisamment fixés sur la valeur de ce symptôme. Dans le cas que je viens de citer, il apparut sur les diverses parties du corps, à une époque avancée, de larges ecchymoses qui prouvaient encore l'existence d'une altération du sang.

L'amaigrissement, qui dans les premiers temps de la maladie est peu sensible, sait ensuite des progrès plus ou moins rapides, suivant que l'assection marche plus ou moins vite, et les malades sinissent par tomber dans le marasme, à moins qu'une affection complicante ne vienne hâter la mort.

Je dois le répéter ici en terminant cet exposé des symptômes, rien ne serait plus nécessaire que d'avoir une description fondée sur des faits nombreux et détaillés, et dans lesquels on pourrait séparer complétement ce qui appartient au cancer du foie de ce qui est le résultat des autres affections concomitantes, et principalement du cancer de l'estomac.

S IV. - Marche; durée; terminaison de la maladie.

Comme toutes les affections chroniques, le cancer du foie peut présenter des améliorations de plus ou moins longue durée; mais, en somme, on voit toujours que l'affection ne cesse pas de faire des progrès. Il arrive, au bout d'un temps très variable, un moment où ces progrès, très lents d'abord, deviennent très rapides : c'est ce qu'on a appelé période de ramollissement, par opposition à la première période, qu'on a désignée sous le nom de période de crudité.

La durée est généralement longue. D'après les auteurs du Compendium, qui se sont sondés sur les saits cités par M. Andral, elle serait comprise entre seize mois et quinze jours. On peut admettre la première limite comme probable, quoique les saits soient peu nombreux. Quant à la seconde, il est difficile de la regarder même comme probable. Je n'ai, en esset, trouvé qu'une seule observation de M. Andrai où la mort soit survenue très rapidement, c'est la xxxiiie du tome II; mais, comme le sait très bien remarquer cet auteur lui-même, « il est possible que les tumeurs du soie et de l'épiploon gastro-hépatique existassent chez le sujet depuis plusieurs années. » Le sait prouve seulement qu'un cancer du soie, latent pendant longtemps, peut marcher ensuite avec une rapidité extrême : c'est, au reste, ce qu'on trouve dans les afsections cancéreuses des autres organes.

La terminaison est constamment mortelle. Rarement la mort est causée par les seuls progrès du cancer du foie. D'une part, en esset, nous avons vu qu'il existe

très fréquemment d'autres affections cancéreuses primitives qui sont les principales causes de la mort, et de l'autre nous voyons, dans un bon nombre d'observations, que l'inflammation du péritoine, des poumons, de la plèvre et de l'intestin, est une cause fréquente de la terminaison fatale.

§ V. 4 Lésions anatomiques.

Il serait sans doute à désirer qu'on pût, à l'aide de saits très détaillés, s'asserer si le squirrhe et le cancer encéphaloïde du soie doivent être complétement distingués, ou bien si ces deux altérations peuvent être regardées comme ayant une même origine. Il serait bon, en un mot, de pouvoir saire le travail que j'ai entrepris à l'occasion du cancer de l'estomac; mais les renseignements ne sont pas suffisants: c'est un point à signaler à l'attention des observateurs. Bornons-nous donc à indiquer rapidement l'état dans lequel se montre l'organe altéré.

On trouve une augmentation de volume souvent très considérable, puisqu'en a vu le foie peser 10 kilogrammes. Quelquesois cependant on a noté la persistance du volume normal, et quelquesois aussi une diminution notable, ce qui est beaucoup plus rare. Le plus souvent on trouve des masses ordinairement blanchâtres, quelquesois ossrant des nuances qui varient du jaune rougeâtre au brun; arrondies, dures, occupant dissérents points de l'organe, mais principalement la superficie, et en particulier la face convexe; d'une grosseur très diverse, puisqu'elles peuvent n'égaler que le volume d'une noisette ou bien présenter celui d'une tête d'ensant ll est très rare qu'on ne rencontre qu'une seule de ces masses. Celles qui siégent à la surface, et qui sont saillie sous le péritoine, présentent ordinairement une dépression centrale, avec des rides convergentes.

La consistance de ces masses cancéreuses est très variable: tantôt fermes, résistantes à la coupe, et criant sous le scalpel, tantôt, au contraire, molles, diffluentes, ou présentant seulement la consistance du cerveau d'un enfant nouveau-né, elles sont désignées, dans ces divers états, sous les noms de squirrhe ou d'encéphaloide. L'encéphaloide a en outre pour caractère de présenter un certain nombre de ramifications vasculaires plus ou moins nombreuses, suivant le point où on les examine, ce qui constitue dans la masse cancéreuse des marbrures rougeatres. Quelques auteurs ou dit également que des vaisseaux pouvaient se rencontrer dans le tissu désigné sous le nom de squirrheux; mais toujours est-il que la vascularisation de ce tissu est très peu marquée. Un autre caractère du squirrhe, c'est de fournir par la pression un liquide lactescent auquel on a donné le nom de liquide cancéreux. Mais je ne dois pas trop insister sur ces détails, qui rentrent dans l'anatomie pathologique du cancer en général.

De la présence de ces masses cancéreuses résulte une déformation plus ou moins considérable du foie, qui est souvent bosselé à l'extérieur, et qui, à l'intérieur, présente de larges taches blanches, grisâtres, rougeâtres, tranchant sur le fond jaune verdâtre du foie, de manière à lui donner l'aspect de certains marbres. C'est, ainsi que l'ont remarqué la plupart des auteurs, d'une manière brusque que le tissu du foie prend l'aspect cancéreux. Cependant il n'est pas rare de voir les parties environnantes congestionnées et moins consistantes que dans l'état normal.

Ensin, on peut observer une dégénérescence totale du foie; c'est ce qui a des

constaté dans un cas par M. Heyselder. On ne trouve alors ni bosselures, ni taches, ni rien de ce qui constitue le cancer par masses disséminées; mais cet organe augmenté de volume est plus dur, et conserve sa sorme, si ce n'est que ses dépressions et ses sillons naturels disparaissent. Les cas de ce genre sont extrêmement rares.

Je passerai sous silence, pour le moment, l'état de la vésicule du fiel et des canaux biliaires, parce que j'aurai à en dire quelques mots dans un des articles suivants.

Quant aux diverses opinions émises sur le tissu primitivement affecté, je né crois pas devoir m'en occuper, parce qu'elles ne reposent pas sur des observations directes.

§ VI. — Diagnostie; pronostie.

Diagnostic. Si l'on parcourt les divers articles généraux présentés par les auteurs, en voit combien le diagnostic du cancer du soie a besoin d'être éclairé par l'observation. Presque tous, en esset, reconnaissent que, dans le plus grand nombre des cas, il est impossible de distinguer cette affection de l'hypertrophie simple et de l'hépatite chronique. Il est certain même que lorsque les tumeurs enhystées, les hydatides, ne sont pas assez supersicielles pour présenter la fructuation, l'observateur se trouve nécessairement dans la plus grande incertitude. Tout ce que je peux saire iti, c'est d'exposer les signes à l'aide desquels on peut déterminer l'existence du cancer dans les cas les plus savorables au diagnostic.

S'il existé dans l'hypochondre droit une gêne ou une douleur plus ou moins vive et durant depuis langtemps, si le foie est développé, s'il présente à sa surface des tameurs disséminées, résistantes et d'une dureté plus ou moins grande, si en même temps il y a un dépérissement marqué, avec cette coloration jaune-paillé qu'on observe dans les affections cancéreuses, on devra regarder comme très probable l'existence du cancer du foie; et si l'on peut s'assurer qu'il existe une affection cancéreuse de l'estomac, on ne devra plus concevoir de doutes. Nous verrons, dans les articles suivants, s'il est possible de distinguer le cancer du foie proprement dit du cancer de la vésicule biliaire. Je n'insite pas davantage sur ce diagnostic, pour les raisons indiquées plus haut.

Le pronostic est, comme on l'a vu précédemment, aussi grave que possible. Ce qu'il importe de dire ici, c'est que lorsque les digestions s'altèrent, que l'ascite se déclare, et qu'il survient une complication du côté des poumons on de la plèvre, la marche de la maladie est ordinairement très accélérée, et le pronostic devient par conséquent beaucoup plus fâcheux.

▼II. — Traitement.

Le traitement, dans l'état actuel de la science, ne peut évidemment être que palliatif. Ce n'est pas qu'un certain nombre de médecins n'aient prétendu qu'on peut guérir le cancer du soie comme les autres cancers; mais les saits ont toujours donné un démenti sormel à ces assertions.

Le traitement du cancer du soie consiste principalement dans l'emploi des sondants et des désobstruants, déjà indiqués à l'occasion de l'hépatite chronique, et sur lesquels il serait oiseux de revenir ici (voy. p. 157).

Quelques médecins ont recommandé les applications fréquentes de sangsues.

très fréquenment d'autres affections cancéreuses primitives qui sont les principales causes de la mort, et de l'autre nous voyons, dans un bon nombre d'observations, que l'inflammation du péritoine, des poumons, de la plèvre et de l'intestin, est une cause fréquente de la terminaison fatale.

§ ▼. 4 Lésions anatomiques.

Il serait sans doute à désirer qu'on pût, à l'aide de saits très détaillés, s'assurer si le squirrhe et le cancer encéphaloïde du soie doivent être complétement distingués, ou bien si ces deux altérations peuvent être regardées comme ayant une même origine. Il serait bon, en un mot, de pouvoir saire le travail que j'ai entrepris à l'occasion du cancer de l'estomac; mais les renseignements ne sont pas sus-sisants: c'est un point à signaler à l'attention des observateurs. Bornons-nous donc à indiquer rapidement l'état dans lequel se montre l'organe altéré.

On trouve une augmentation de volume souvent très considérable, puisqu'en a vu le foie peser 10 kilogrammes. Quelquesois cependant on a noté la persistance du volume normal, et quelquesois aussi une diminution notable, ce qui est beaucoup plus rare. Le plus souvent on trouve des masses ordinairement blanchâtres, quelquesois offrant des nuances qui varient du jaune rougeâtre au brun; arrondies, dures, occupant dissérents points de l'organe, mais principalement la superficie, et en particulier la face convexe; d'une grosseur très diverse, puisqu'elles peuvent n'égaler que le volume d'une noisette ou bien présenter celui d'une tête d'ensant. Il est très rare qu'on ne rencontre qu'une seule de ces masses. Celles qui siégent à la sursace, et qui sont saillie sous le péritoine, présentent ordinairement une dépression centrale, avec des rides convergentes.

La consistance de ces masses cancéreuses est très variable : tantôt fermes, résistantes à la coupe, et criant sous le scalpel, tantôt, au contraire, molles, diffluentes, ou présentant seulement la consistance du cerveau d'un enfant nouveau-né, elles sont désignées, dans ces divers états, sous les noms de squirrhe ou d'encéphaloïde. L'encéphaloïde a en outre pour caractère de présenter un certain nombre de ramifications vasculaires plus ou moins nombreuses, suivant le point où on les examine, ce qui constitue dans la masse cancéreuse des marbrures rougeâtres. Quelques anteurs ou dit également que des vaisseaux pouvaient se rencontrer dans le tissu désigné sous le nom de squirrheux; mais toujours est-il que la vascularisation de ce tissu est très peu marquée. Un autre caractère du squirrhe, c'est de fournir par la pression un liquide lactescent auquel on a donné le nom de liquide cancéreux. Mais je ne dois pas trop insister sur ces détails, qui rentrent dans l'anatomie pathologique du cancèr en général.

De la présence de ces masses cancéreuses résulte une déformation plus ou moins considérable du soie, qui est souvent bosselé à l'extérieur, et qui, à l'intérieur, présente de larges taches blanches, grisatres, rougeatres, tranchant sur le sond jaune verdatre du soie, de manière à lui donner l'aspect de certains marbres. C'est, ainsi que l'ont remarqué la plupart des auteurs, d'une manière brusque que le tissu du soie prend l'aspect cancéreux. Cependant il n'est pas rare de voir les parties environnantes congestionnées et moins consistantes que dans l'état normal.

Ensin, on peut observer une dégénérescence totale du soie; c'est ce qui a été

constaté dans un cas par M. Heyselder. On ne trouve alors ni bosselures, ni taches, ni rien de ce qui constitue le cancer par masses disséminées; mais cet organe augmenté de volume est plus dur, et conserve sa sorme, si ce n'est que ses dépressions et ses sillons naturels disparaissent. Les cas de ce genre sont extrêmement rares.

Je passerai sous silence, pour le moment, l'état de la vésicule du siel et des canaux hiliaires, parce que j'aurai à en dire quelques mots dans un des articles suivants.

Quant aux diverses opinions émises sur le tissu primitivement affecté, je né crois pas devoir m'en occuper, parce qu'elles ne reposent pas sur des observations directes.

§ VI. - Diagnostie; pronostie.

Diagnostic. Si l'on parcourt les divers articles généraux présentés par lés auteurs, en voit combien le diagnostic du cancer du soie a besoin d'être éclairé par l'observation. Presque tous, en esset, reconnaissent que, dans le plus grand nombre des cas, il est impossible de distinguer cette affection de l'hypertrophie simple et de l'hépatite chronique. Il est certain même que lorsque les tumeurs enhystées, les hydatides, ne sont pas assez supersicielles pour présenter la sinctuation, l'observateur se trouve nécessairement dans la plus grande incertitude. Tout ce que je peux saire iti, c'est d'exposer les signes à l'aide desquels on peut déterminer l'existence du cancer dans les cas les plus savorables au diagnostic.

S'il existé dans l'hypochondre droit une gêne ou une douleur plus ou moins vive et durant depuis longtemps, si le foie est développé, s'il présente à sa surface des tomeurs disséminées, résistantes et d'une dureté plus ou moins grande, si en même temps il y a un dépérissement marqué, avec cette coloration jaune-paille qu'on observe dans les affections cancéreuses, on devra regarder comme très probable l'existence du cancer du foie; et si l'on peut s'assurer qu'il existe une affection cancéreuse de l'estomac, on ne devra plus concevoir de doutes. Nous verrons, dans les articles suivants, s'il est possible de distinguer le cancer du foie proprement dit du cancer de la vésicule biliaire. Je n'insite pas davantage sur ce diagnostic, pour les raisons indiquées plus haut.

Le pronostic est, comme on l'a vu précédemment, aussi grave que possible. Ce qu'il importe de dire ici, c'est que lorsque les digestions s'altèrent, que l'ascite se déclare, et qu'il survient une complication du côté des poumons ou de la plèvre, la marche de la maladie est ordinairement très accélérée, et le pronostic devient par conséquent beaucoup plus fâcheux.

§ VII. — Traitement.

Le traitement, dans l'état actuel de la science, ne peut évidemment être que palliatif. Ce n'est pas qu'un certain nombre de médecins n'aient prétendu qu'on peut guérir le cancer du soie comme les autres cancers; mais les saits ont toujours donné un démenti sormel à ces assertions.

Le traitement du cancer du soie consiste principalement dans l'emploi des sondants et des désobstruants, déjà indiqués à l'occasion de l'hépatite chronique, et sur lesquels il serait oiseux de revenir ici (voy. p. 157).

Quelques médecins ont recommandé les applications fréquentes de sangsues.

Ces applications ne sont pas sans utilité, mais c'est lorsque des péritonites partielles sont produites et causent de vives douleurs. Les douleurs lancinantes peuvent également être combattues par l'application de vésicatoires volants; c'est dans ce but seulement qu'il est bon d'avoir recours à ce moyen, ainsi qu'aux applications narcotiques sous forme de cataplasmes, de fomentations, de frictions, etc., etc.

On prescrit généralement les eaux minérales, telles que les eaux de Vichy, de Néris, de Bussang, d'Ems, de Carlsbad, etc. Mais nous avons déjà vu maintes fois que ces eaux minérales étaient ordonnées dans tous les cas désignés sous le nom d'obstructions du foie, dont le cancer fait partie. Or quel est leur degré d'influence dans cette affection en particulier? C'est ce que nous ignorons complétement.

Les symptômes du côté des voies digestives doivent être combattus activement dés qu'ils se présentent. S'il y a constipution, on doit prescrire de légers purgatifs, comme la manne, l'huile de ricin, les sels neutres. Si, au contraire, il survient de la diarrhée, on doit chercher à la modérer ou à l'arrêter à l'aide des lavements laudanisés, des fomentations narcotiques, de l'ingestion d'une petite quantité d'opium dans l'estomac, etc., etc. Quant aux symptômes produits par le cancer gastrique, j'ai indiqué dans un article précédent (1) quels moyens on doit diriger contre lui.

Enfin le traitement des complications diverses signalées plus haut doit être livré à l'appréciation du médecin.

Le régime doit être doux et léger, et semblable à celui qui a été indiqué à propos du cancer de l'estomac. On doit en outre tenir le malade dans une grande tranquillité de corps et d'esprit, et, suivant le conseil de M. Heyfelder, éviter les exercices fatigants aussi bien que les remèdes violents.

ARTICLE XI.

KYSTES DU POIE.

Longtemps on a confondu les kystes séreux du foie, ou hydropisie enkystée, avec les hydatides. Aujourd'hui tout le monde admet qu'il se forme dans le foie, dans les reins et dans d'autres organes, des kystes aqueux, entièrement distincts des hydatides proprement dites; c'est un fait qui a été principalement mis hors de doute par M. Hawkins. Mais malgré cette distinction, nous ne devons attacher que très peu d'importance aux différences qui existent entre les deux maladies, parce que, sous le rapport pratique, c'est-à-dire sous le point de vue des symptômes, de la marche de la maladie, de ses terminaisons, et surtout du traitement, il n'y a rien qui appartienne particulièrement à l'une d'elles. On a dit, il est vrai, que l'absence du frémissement et du bruit hydatiques servait à faire diagnostiquer les kystes aqueux, et à les différ ncier, pendant la vie, des tumeurs hydatiques; mais nous verrons dans l'article suivant que l'existence de ce signe est bien loin d'être constante dans les hydatides, en sorte que, dans la plupart des faits, la distinction est impossible.

Je me bornerai donc à dire ici que la lésion anatomique est constituée par un

^{1.} Poy. t. 11, article Cancer de l'estomac.

tingue souvent plusieurs feuillets dont l'externe est fibreux, et dont l'interne, tomenteux, se couvre parfois, suivant M. Hawkins (1), de végétations fongueuses.
Quant au liquide, il est presque complétement composé d'eau pure, et il ne se coagule pas par la chaleur. Le kyste est parfois très considérable, et peut contenir
jusqu'à 10 kilogrammes de liquide, et plus encore. On en trouve souvent un
sombre assez grand, et alors ils ont des dimensions médiocres et variables.

Les autres conditions pathologiques étant, je le répète, les mêmes dans le kyste aqueux et les hydatides, je me hâte d'arriver à la description de ces dernières, et je me contente d'ajouter qu'on a trouvé dans le foie d'autres kystes, contenant des matières diverses, mais qui ne peuvent nous intéresser ici.

ARTICLE XII.

HYDATIDES DU FOIE.

C'est vainement qu'on a voulu chercher dans les écrits des anciens des indications précises sur les hydatides du foie : cette affection n'a été connue d'une manière positive qu'à l'époque où les progrès de l'anatomie pathologique ont permis d'établir positivement quel est l'état de l'organe malade. Il y a quelques années, Laënnec a publié des recherches très importantes sur les hydatides, et c'est surtout depuis lors que cette affection, considérée dans le foie, a été étudiée avec succès. Cependant Lassus (2) avait déjà fourni à la science un travail utile dont il sera maintes fois question dans cet article. Tout récemment M. Barrier (3) a publié sur ce sujet un mémoire très intéressant et dans lequel toutes les questions relatives aux hydatides du foie sont traitées avec soin. La plupart même sont résolues par une analyse exacte et numérique d'un nombre assez considérable d'observations. Cette thèse est, sans contredit, le travail le plus complet et le plus utile que nous possédions; aussi est-ce d'après elle que je vais presque exclusivement tracer l'histoire de la maladie.

§ I. — Définition; synonymie; fréquence.

Ainsi que nous l'avons vu plus haut, on ne doit aujourd'hui donner le nom d'hydotides qu'à des kystes contenant un plus ou moins grand nombre de ces poches ou vésicules que Laënnec a appelées acéphalocystes, et qui, d'après les recherches récentes de M. le docteur Livois (4), ne sont autre chose elles-mêmes que de simples poches renfermant toujours dans leur intérieur un certain nombre d'échinocoques.

On a encore désigné les hydatides sous le nom de vésicules ou vessies aqueuses, d'hydropisie enkystée du foie, de tumeurs aqueuses, etc., etc.

La fréquence de cette affection n'est heureusement pas très grande si on la considère d'une manière générale; mais, relativement aux affections de la même

[🗥] Arch. gén. de méd., 2° série, t. V.

^{2.} Recherch, et obs. sur l'hydr, enk. du fole (Journal de médecine de Corrisart, 1. 197).

³ De la tumeur hydatique du foie ; Thèse , Paris, 1810.

A Recherches sur les échinocoques ches l'homme et les anim.; Thèse, Paris, 1815.

espèce, ayant leur siège dans d'autres organes, on peut dire que les hydatides du sois sont celles qui se rencontrent le plus fréquemment.

§ II. — Causes.

Tout le monde convient que rien n'est plus obscur que l'étiologie de cette maladie, et il est bien entendu que je ne parle pas ici du mode de génération de ces entozoaires, question encore insoluble, et dont le praticien n'a pas à s'occuper, mais seulement des causes qui peuvent prédisposer à l'affection ou en déterminer la production. Cependant je vais présenter quelques courtes considérations qui résultent des recherches de M. Barrier.

1° Causes prédisposantes.

Sur dix-huit cas qui, parmi les nombreuses observations consultées par l'auteur que je viens de citer, peuvent seuls servir à faire apprécier l'influence de l'âge, le début a cu lieu avant vingt ans dans trois cas, de vingt à quarante ans dans onze cas, de quarante à soixante ans dans trois cas, après soixante ans dans un cas. « D'une autre part, ajoute M. Barrier, l'époque de la terminaison de la maladie, soit par la mort, soit par la guérison, a été assez bien précisée dans vingt-sept observations, pour qu'il soit possible d'en tirer quelques conclusions. Sur ces vingt-sept cas, sept se sont terminés avant vingt ans, onze de vingt à quarante ans, sept de quarante à soixante ans, et deux après soixante ans. Il résulte de ce relevé, que la plus grande fréquence de la tumeur hydatique a lieu dans l'âge adulte, et qu'on en rencontre cependant encore quelques cas dans l'enfance et dans la vieillesse. • On sent que ces recherches ont besoin d'être plus multipliées avant qu'il soit permis de poser une conclusion aussi positive.

« Le sexe, dit encore M. Barrier, paraît sans influence sur la production de cette maladie, puisque, sur un relevé de quarante-six observations où le sexe est indiqué, j'ai trouvé vingt-quatre hommes et vingt-deux femmes. »

On a rangé parmi les causes prédisposantes une constitution détériorée, la mauvaise alimentation, l'habitation dans des lieux bas et humides; mais il résulte des recherches de M. Barrier que ces circonstances ne se sont montrées que dans un nombre de cas très peu considérable, et que la majorité des sujets qui ont présenté des hydatides du soie se trouvaient, au contraire, dans les meilleures conditions hygiéniques.

2° Causes occasionnelles.

Ce n'est que par une simple hypothèse qu'on a avancé que l'irritation pouvait être une cause déterminante des hydatides. Quant aux violences extérieures, aux coups, aux chates sur la région du foie, etc., on les a notés dans quelques cas, il est vrai, mais si rarement, qu'on ne peut s'empêcher de penser qu'il n'y a eu que de simples coïncidences.

Vouloir indiquer un plus grand nombre de causes, ce serait s'expeser à n'émettre que des hypothèses, et c'est pourquoi je n'insiste pas.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes ont été étudiés avec beaucoup de soin par M. Barrier; il seran

dificile de trouver une meilleure description. Je la suivrai principalement; mais apparavant je dirai un mot du début en particulier.

Début. Le début est presque toujours complétement latent, et ce n'est qu'à une époque assez avancée que la maladie du foie se révèle. On constate, il est vrai, l'existence, chez un bon nombre de sujets, de symptômes divers qui ont principalement leur siège dans les voies digestives; mais il est ordinairement impossible excre de savoir quel est l'organe malade. Je n'insisterai donc pas sur ces divers dérangements, pui-qu'ils ne peuvent pas nous fournir de renseignements précis, et je passe immédiatement aux symptômes de la maladie consirmée.

Symptômes. Dans le plus grand nombre des cas, sans que nous puissions indiquer la proportion exacte, il existe une douleur, ou au moins une gêne et une pesouteur incommedes dans l'hypochondre ou dans l'épigastre, ou dans ces deux points à la fois. Lorsque l'affection a fait des progrès considérables et est parvenué à œ que l'on a désigné sous le nom de seconde période de la maladie, une douleur rive peut se manisester dans un certain nombre de cas; mais, ainsi que le sait remirquer M. Barrier, c'est peut-être autant aux changements qui surviennent dans à substance du soie environnante, qu'aux progrès des hydatides, qu'il saut la rapporter. Ce qui prouve la vérité de cette assertion, c'est qu'il est sort rare que la douleur vive devienne permanente, et que son caractère, au contraire, est de se produire par intervalles, pour faire place, au bout d'un temps plus ou moins long, à la gêne et à la pesanteur qui existent d'une manière continué. Cependant il est me circonstance dans laquelle la douleur aigué devient permanente, c'est lorsque la supporation s'empare du kyste; mais alors l'affection prend les caractères d'un vérilable abcès, et rentre presque complétement dans l'hépatite aiguë. Enfin, les péritonites partielles, dont on trouve les traces, après la mort, dans les fausses membrancs qui unissent le soie à la paroi abdominale, peuvent rendre l'assoction très doulourcuse.

Les grands mouvements respiratoires, les efforts de toux, l'éternument, les grands mouvements du tronc, augmentent ordinairement la douleur, quand elle a un certain degré d'acuité. Quelquefois il existe des irradiations douloureuses spontanées, qui vont retentir dans l'abdomen, la poitrine, et parfois l'épaule. Ce sont encore les diverses altérations produites dans le foie et dans les environs qui sont la cause de ces irradiations.

la simple position peut augmenter beaucoup la douleur. On a remarqué que, lorsque les hydatides occupent le lobe droit du foie, le décubitus a lieu plutôt sur le côté droit que sur le côté gauche, et que le contraire existe lorsque l'affection ecupe le petit lebe. Toutesois c'est, en général, le décubitus dorsal qui est choisi per les malades.

Dans quelques cas, dit M. Barrier, la douleur et la gêne sont plus prononcées la nuit que le jour, et cela me paraît dépendre moins d'une influence synchronique que de la position horizontale du corps, qui rend l'action du diaphragme, dans la respiration, plus pénible que dans la station verticale. »

L'augmentation de volume du foie et la forme particulière que cet organe acquiert sont des signes extrêmement importants à noter. C'est du côté de l'abdomen que se montrent presque toujours ces signes; et si le kyste hydatique est

tellement situé qu'il ne soit pas accessible à l'exploration du côté de la paroi abdominale, on éprouve des difficultés extrêmes dans le diagnostic.

Le bord du foie dépasse les fausses côtes au point de descendre quelques jusqu'à l'ombilie et même plus loin. Dans les cas où il existe plusieurs tumeurs hydatiques, la surface accessible à la palpation est bosselée et présente une rénitence élastique dans les diverses parties saillantes; dans quelques cas, au contraire, on trouve une tumeur unique, parsois appréciable à la vue. Voici, du reste, quels sont les caractères de ces tuneurs hydatiques.

Tumeurs. Occupant l'épigastre ou l'hypochondre droit, ou les diverses parties de ces deux régions, elles sont arrondies, quelquesois aplaties, ordinairement lisses et régulières, quelquesois bosselées et inégales. Quand une tumeur occupe l'épigastre, la ligne blanche, en déprimant sa partie moyenne, la fait paraître quelquesois bilobée (Barrier). Ces tumeurs, ordinairement bien circonscrites, et quelquesois sandimites précises, sont remarquables par leur rénitence et leur élasticité. La fluctuition y est toujours obscure, à cause de leur grande tension. Une circonstance qu'il faut avoir soin de noter, c'est la manière dont la tumeur est en rapport avec les fausses côtes. Comme, en esset, les collections hydatiques s'élèvent plus ou moinhaut dans le corps de l'organe, il en résulte qu'en palpant attentivement, on reconnaît qu'elles s'insinuent sous les fausses côtes.

A l'aide de la percussion, on peut constater d'abord le développement du soie du côté de la poitrine, et, en second lieu, dans quelques cas, un bruit particulier, auquel on a donné le nom de bruit hydatique. D'après M. Barrier, ce bruit est rarement produit, et il est certain, que dans des cas d'hydatides bien caractérisés. la percussion, pratiquée aussi méthodiquement que possible, n'a pu produire ce bruit particulier. Il n'en est pas moins vrai que, quand il existe, il doit être soigneusement noté. Le frémissement hydatique peut être perçu lorsqu'on imprime des mouvements à la tumeur pour apprécier la fluctuation.

M. le docteur Guillemain, de Rombos (1), a, dans un cas, entendu un bruit particulier produit par des resserrements douloureux, qui se produisaient environ toutes les vingt minutes dans la tumeur. Ce bruit, entendu à l'oreille nue, même à la distance d'un pied, était un véritable tintement semblable au cliquetis produit par de numbreux grains de sable fin tombant dans une coupe de verre : c'était le tintement métallique des excavations de la poitrine, mais répété à l'infini; dans l'intervalle de ces resserrements, ce n'était plus qu'un tremblement qu'une vibration. Le lendemain ce bruit avait disparu.

L'ictère est beaucoup plus rare dans cette affection que ne l'avaient pensé quelques auteurs. Sur trente-trois observations rassemblées par M. Barrier, il n'a été noté que sept fois; et ce qui prouve que ce n'est pas un symptôme essentiel de la maladie, c'est que, le plus souvent, il ne s'est montré que d'une manière passagère, soit au début, soit dans le cours, soit seulement vers la fin de la maladie. Suivant M. Barrier, à qui j'emprunte ces détails, la coincidence de l'ictère avec des douleurs plus aiguës, souvent avec de la sièvre, permet d'expliquer son développement par l'apparition d'une hépatite passagère, qui est venue compliquer la lésion primitive.

¹ Note sur un fruit part., etc. Gaz. med. de Paris, 1847...

L'ascite et l'ædème des membres inférieurs ne sont pas des symptômes plus fréquents que l'ictère : ils sont même plus rares, d'après les observations rassemblées par M. Barrier, puisque, sur quarante cas, il n'y a eu une hydropisie que dans sept. Il est, en outre, digne de remarque que l'hydropisie ne s'est produite que dans les derniers temps. On ne trouve rien dans les auteurs qui puisse nous faire connaître à quelle circonstance particulière on doit rapporter l'existence de l'ascite et de l'œdème.

Du côté des voies digestives, il survient, à une époque très variable, des dérangements qui consistent d'abord principalement dans la lenteur et la difficulté des digestions, et quelquesois dans des nausées, des vomissements, de la diarrhée, phénomène qui ne sont jamais constants, et qui se montrent à des époques irrégulières. Plus tard, l'appétit est presque toujours diminué ou même perdu, et la diarrhée devient fréquente ou continuelle. Les matières rendues ne présentent ordinairement rien de particulier; mais quelquesois on trouve au milieu d'elles un nombre parsois très considérable d'hydatides tantôt entières, tantôt rompues ou plus on moins altérées par le travail phlegmasique qui a eu lieu dans la tumeur hydatique. On en a cité récemment un exemple remarquable (1). Il y a eu alors rupture de cette tumeur dans l'intestin, et presque toujours dans le colon. Dans les cas où la tomeur s'ouvre dans l'estomac, comme on en a cité quelques exemples, les vomissements deviennent fréquents, quotidiens, et au milieu des matières rendues on trouve également des entozoaires parfaitement reconnaissables, accompagnés parfois d'une plus ou moins grande quantité de bile. L'état des urines n'a généralement point été noté.

Du côté de la respiration, on ne trouve qu'une gêne plus ou moins grande, une dyspnée en rapport avec le développement du volume du foie et la plus ou moins grande intensité de la douleur. Aussi est-ce lorsque la maladie a déjà fait des progrès considérables que la respiration commence à devenir pénible. Parfois on voit survenir une oppression marquée, bientôt suivie de quintes de toux et de l'expectoration d'une certaine quantité d'hydatides nageant dans le pus et quelquefois dans la bile. C'est le résultat de la rupture du kyste hydatique dans le poumon à travers le diaphragme. Si la rupture se fait du côté de la cavité pleurale, on observe les signes d'une pleurésie suraiguë qui ordinairement emporte promptement le malade.

Pendant un temps fort long, la circulation ne présente rien de remarquable; ce n'est que vers la fin de la maladie, lorsque la tumeur hydatique s'enflamme, ou lorsqu'il survient une complication quelconque, que le pouls devient accéléré et ordinairement petit et faible. La chaleur est plutôt diminuée qu'augmentée, à moins qu'il n'y ait une complication inflammatoire. Quant au dépérissement, peu notable dans le commencement, il peut l'être assez vers la fin pour que les malades tombent dans le marasme, surtout lorsque la diarrhée s'établit d'une manière permanente.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

Comme le plus grand nombre des affections chroniques, et plus encore peutêtre, les hydatides du foie présentent des alternatives d'exacerbation et d'améliora-

¹⁾ Bulletin gén. de thérapeutique, février 1844, p. 455.

tion marquées. Cependant il est vrai de dire que les progrès sont continuels, auoique lents et quoique paraissant parsois s'arrêter. Mais la marche de l'affection est très différente, suivant qu'on l'examine à diverses époques; c'est ce qui a engagé les auteurs à la diviser en deux périodes. Dans la première, qui n'est ordinairement caractérisée que par un peu de gêne dans l'hypochondre, par des troubles variés de la digestion et par un gonssement du foie dont le malade peut pendant longtemps n'avoir pas connaissance, les progrès de la maladie sont fort lents et se sont presque toujours d'une manière régulière. Dans la seconde, au contraire, où l'on observe la douleur plus ou moins vive, la diarrhée, l'amaigrissement, et quelquesois l'ictère et l'ascite, la marche de la maladie devient rapide, et c'est alors que surviennent les diverses ruptures mentionnées plus haut, l'inflammation de kyste. l'hépatite environuante, en un mot les divers accidents que j'ai indiqués. Il en résulte que cette période offre, bien plus que la précédente, des alternatives remarquables d'amélioration et d'exacerbation, qui sant quelquesois telles, que tantét en peut croire le malade voisin de la mort, et tantôt le regarder comme en voie de guérison.

La durée est très variable et peut être sort longue, comme il résulte des observations de M. Barrier. Sur vingt-quatre cas réunis par ce médecin, il n'en est que trois qui aient eu une durée de moina de deux ans ; celle des autres a été de deux à trente ans ; et en ayant égard non seulement à ces saits, mais encore à d'autres où la durée est indiquée d'une manière assez exacte, quoique approximative, on voit qu'elle a varié de deux à huit ans dans la grande majorité des cas. Les divers accidents indiqués plus haut, et les opérations entreprises dans un but curatif, abrégent nécessairement beaucoup cette durée, soit en saisant périr les malades, soit en procurant une guérison plus ou moins rapide.

La terminaison a été étudiée avec un soin tout partieulier par M. Barrier, et c'est, en effet, un point très important qui mérite de nous arrêter. Cet anteur a divisé en cinq catégories les causes de mort dans cette affection. 4° Dans la première se trouvent les cas où la compression seule, exercée par la tumeur hydatique sur les organes voisins, aurait gêné suffisamment les fonctions pour déterminer la mort. Un cas rapporté par Gooch, et cité par M. Cruveilhier, est le seul qui paraisse propre à faire admettre ce genre de terminaison. Il y avait dans ce cas une telle compression du poumon droit, que cet organe ne pouvait plus être dilaté par l'insuffiction. Sans affirmer que ce mode de terminaison ne peut pas avoir lieu, je dirai que ce fait elté par M. Barrier, après M. Cruveilhier, manque de tous les détails nécessaires pour le rendre probant.

2º Dans d'autres cas, l'inflammation s'emparant du kyste, les malades succombent comme dans l'hépatite chronique. 3° D'autres sois il y a rupture du kyste dans le péritoine ou la plèvre, soit d'une manière toute spontanée, soit pendant un effort, ou à la suite d'une chute, ou sous l'influence d'un coup, etc., et alors se développent les symptômes d'une péritonite ou d'une pleurésic suraigne qui emporte rapidement les malades.

4° Dans d'autres circonstances, la rupture n'a pas des conséquences auxi promptement funestes, parce qu'elle se fait dans un organe creux qui rejette au dehors la matière contenue dans le kyste; mais des symptômes chroniques se manifestent. Lorsque la rupture se fait dans l'intestin, c'est une diarrhée que rien ne peut arrêter, et qui épuise le malade. Lorsqu'elle se fait dans l'estomac, ce sont des symptômes de gastrite chronique et des troubles digestifs tels que le malade ne tarde pas à tomber dans le marasme. A-t-elle lieu dans les poumons, il y a oppression, dyspnée, expectoration purulente. En un mot, dans chacun de ces organes il se produit une inflammation chronique très étendue, entretenue par le passage continuel des matières du kyste.

Quelquesois il y a rupture de la tumeur au dehors, ce qui n'empêche pas la most de survenir par suite de la suppuration permanente et de l'inflammation du tyste.

5º Enfin, dans d'autres circonstances, des hydatides ayant leur siège dans d'aures organes, viennent en gêner l'action et hâter la mort.

La terminaison est quelquesois heureuse sans qu'on ait recours à une opération. On a cité quelques cas sort rares dans lesquels une tumeur que l'on a regardée comme une hydatide a sini par s'assaisser et par disparaître avec tous les accidents qu'elle occasionnait. Mais on se demande d'abord s'il s'agissait véritablement d'une hydatide, et en second lieu si une rupture dans un organe creux n'aurait pas été méconnue.

La guérison par rejet au dehors de la matière contenue dans le kyste est au contraire un fait parfaitement démontré. Il résulte des observations que la meilleure voie d'élimination est l'ouverture du kyste à travers la paroi abdominale; vient ensite la rupture dans les voies digestives, et surtout dans le colon. Après des accidents variés, suivant le point où cette rupture a eu lieu, le rejet des hydatides diminue, le foie reprend ses dimensions normales, et les sujets peuvent vivre fort les gremps ensuite sans voir reparaître la maladie.

💲 V. — Lésions anatomiques.

Le plus souvent en trouve un nombre plus ou moins considérable d'hydatides contenues dans une seule et même cavité; elles ont un volume variable : les unes penvant n'égaler que la grosseur d'un grain de chènevis, les autres pouvant atteindre celle d'une grosse orange et même de la tête d'un fœtus à terme. Dans quelques cas rares, on n'a trouvé qu'une seule hydatide, qu'on a désignée sous le nom d'hydatide solitaire.

Lorsque les hydatides n'ont éprouvé aucune altération, elles se présentent, suimat la description de M. Barrier, et camme l'ont constaté tous les observateurs,
mus l'aspect de corps globuleux, sphériques, élastiques, à peine un peu plus denses
que l'eau, pleins de sérosité limpide et transparente comme la membrane qui la
menterme. Quelquefois cette membrane est piquetée de petites taches blanchêtres, et
quelquefois aussi elle est complétement opaque et semblable à du blanc d'œuf coagulé. Tel était l'état de la science, et l'on regardait comme exacte la division admise
par Laënnec qui, suivant les divers états que nous venons d'indiquer, admettait
trois espèces d'acéphalocystes, l'ovoide, la granuleuse et la surculigère, lorsque
ll. Livois, poussant plus loin les recherches, a démontré que ces diverses espèces
devaient être réunies en une seule, et désignées sous le nom d'échinocoque.
L'échinocoque, en effet, est un ver microscopique qui se rencontre constamment
dans les hydatides, et pour lequel la membrane et l'eau qu'elle contient sont
évidemment destinées.

Un des caractères propres aux hydatides que nous décrivons ici, c'est d'être toujours libres dans la cavité formée aux dépens de l'organe. L'hydatide solitaire, qui remplit exactement cette cavité, n'adhère jamais aux parois, quoique M. Hurtreld'Arboval (1) ait prétendu le contraire.

Les hydatides, ai-je dit, sont rensermées dans une cavité creusée dans le tissu de l'organe : cette cavité est tapissée par un kyste auquel on a donné le nom de kyste hydatique, et qui est composé d'un seuillet externe souvent très épais, consistant, cellulo-fibreux ou même sibreux, sibro-cartilagineux, osseux; et d'un seuillet interne friable, blanchâtre, de structure homogène, ressemblant à la membrane de hydatides elles-mêmes. L'adhérence du kyste au tissu du soie est tantôt lâche et silamenteuse, tantôt tellement serrée, surtout quand le kyste est ancien, qu'on peut pas le séparer du parenchyme. Il n'est qu'un seul cas connu dans la science dans lequel on ait pu croire à l'absence du kyste : c'est un sait rapporté par M. Andral. Les parois du soie sormant la cavité hydatique étaient tapissées seulement par une couche de pus concret : y avait-il eu destruction du kyste par la suppuration c'est ce qu'il est difficile de croire; car dans ce cas on en aurait sans doute trouve quelques vestiges. Toujours est-il que l'absence du kyste est un sait extrêmement rare.

Le kyste commun est plein d'une sérosité limpide, transparente, ordinairement incolore, quelquesois d'un jaune citrin ou légèrement verdâtre. On n'y a partrouvé de trace d'albumine. L'instammation peut la convertir en un liquide puriforme dans lequel sottent des débris d'hydatides privées de vie.

C'est au milieu de ce liquide que nagent les petites vessies contenant les échinocoques, et qu'on désigne ordinairement sous le nom d'hydatides ou acéphalocystes. Leur nombre est quelquefois si considérable relativement à la capacité du kyste commun, qu'elles sont pressées les unes contre les autres et qu'on a de la peine à leur imprimer quelque mouvement. D'autres fois, au contraire, elles flottent librement, et le moindre mouvement imprimé au kyste les porte rapidement d'un point dans un autre. Nous avons vu plus haut qu'il pouvait n'exister qu'une sente hydatide remplissant exactement le kyste.

De cet ensemble formé par le kyste commun, le liquide qu'il renferme, et les hydatides qui nagent dans son intérieur, résulte ce qu'on a appelé la tumeur hydatique. Celle-ci est le plus ordinairement unique; toutefois on peut en trouver plusieurs dans l'intérieur du foie. Quelques auteurs, dont M. Barrier a réuni les observations, ont vu cet organe parsemé de ces tumeurs. M. Cruveilhier n'en a jamais rencontré plus de quatre.

Quant au volume des tumeurs, il est très variable. Quelquesois de la grosseur d'un œus ou plus petites encore, elles peuvent être assez considérables pour que le diaphragme soit resoulé très haut vers le sommet de la poitrine et que le soit devende jusqu'auprès de la sosse iliaque.

La tumeur est ordinairement arrondie; elle siège plus ou moins profondément dans l'intérieur de l'organe, et tend à se porter plus tard vers la surface. D'aprèles recherches de M. Barrier, le lobe droit est bien plus souvent que le gauche occupé par les hydatides.

^{(1 .} Diet. de med. et hyg. rétérinaires, article Habatines.

Aux environs, le foie est plus dense, plus fauve qu'à l'état normal. Ordinairement son tissu est atrophié par suite de la compression. Presque toujours les voies biliaires sont sans altérations.

§ VI. — Diagnostie; pronostic.

Avant de présenter le diagnostic dissérentiel, je crois devoir donner le résumé des signes positifs, qui a été très bien présenté par M. Barrier. Le diagnostic positif doit être cherché dans « la nature des douleurs, qui ordinairement sont pendant longtemps sourdes, obscures, profondes, dans l'ictère et l'ascite qui se développent rarement, surtout en l'absence de complications, et dans l'apparition dans la région du foie, quelque temps après l'invasion des douleurs, d'une tumeur dure, élastique, rénitente, arrondie ou aplatie, rarement bosselée, circonscrite, indolente ou peu sensible à la pression, avec la fluctuation plus ou moins dissicile à apprécier. »

Maintenant avec quelle affection pourrait-on consondre les tumeurs hydatiques? Nous trouvons d'abord les abcès; mais la marche de la maladie dans l'hépatite aigué, la douleur dès l'abord notablement plus vive que dans les hydatides, l'ictère, le mouvement sébrile, mettent sur la voie du diagnostic. Dans les cas d'hépatite chronique, ce diagnostic est beaucoup moins certain, et l'on ne peut douter qu'il n'y ait eu fréquemment des crreurs, bien pardonnables du reste.

Le frémissement et le bruit hydatiques sont-ils des signes très importants? Nous avons vu plus haut qu'on n'a pu les constater que dans un petit nombre d'observations, et, d'un autre côté, on a cité des cas où dans des abcès présentant une conformation particulière, un bruit et un frémissement analogues ont été produits. On ne doit donc pas espérer de tirer sous ce rapport, dans la plupart des cas, de grandes lumières de la palpation et de la percussion. Mais malgré tous les motifs de donte que je viens d'indiquer, si le frémissement et le bruit hydatique existent, on trouve dans cette circonstance un signe utile pour le diagnostic.

Une tumeur biliaire, c'est-à-dire formée par la dilatation de la vésicule du siel, peut en imposer pour une tumeur hydatique, mais je renvoie ce diagnostic à un des articles suivants où il sera question de cette espèce de tumeur.

Les tumeurs cancéreuses du foie ont pu quelquesois être prises pour une affection hydatique. Ce n'est évidemment qu'à une époque où la masse cancéreuse a commencé à se ramollir, que ce diagnostic présente une assez grande dissiculté. Cependant le dépérissement beaucoup plus considérable et plus rapide dans le cancer du soie, la présence, dans le plus grand nombre des cas, d'un cancér occupant un autre organe et principalement l'estomac, et en pareil cas des troubles digestifs beaucoup plus notables, sont des signes qui viennent éclairer le praticien.

Suivant tous les auteurs, le diagnostic le plus difficile est sans contredit celui de l'hydropisie enkystée. Dans les cas de ce genre, en effet, la tumeur présente la même forme, les mêmes caractères physiques; la maladie marche de la même manière; et ensin nous avons vu que l'absence du frémissement et du bruit hydatique est loin de prouver qu'il ne s'agit pas d'une tumeur hydatique du soie. Ce diagnostic peut-il être éclairé par la ponction exploratrice? Je ne le pense pas; car le liquide que l'on retire ne dissère pas sensiblement dans les deux espèces de tumeurs. La ponction exploratrice servirait, au contraire, à établir le diagnostic

d'une manière positive dans le cas d'abcès ou tumeurs biliaires. Je crois qu'il est important de dire ici que cette ponction exploratrice doit être faite avec un troisquarts très délié, dont la canule n'a pas un diamètre de plus d'un millimètre. On n'a pas cité de saits où une ponction ainsi pratiquée ait eu de sacheux résultats.

Tels sont les éléments que nous possédons pour ce diagnostic important. M. Barrier, à qui nous avons emprunté presque tous ces détails, a, comme on le voit, fort bien résumé l'état de la science; mais il n'en est pas moins à désirer qu'un travail fait d'une manière encore plus rigoureuse vienne définitivement nous fixer sur plusieurs points encore obscurs et incertains.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1º Signes positifs des hydatides du foie.

Douleur pendant longtemps sourde, obscure, profonde.

Ictère et ascite rares.

Quelque temps après l'invasion des douleurs, tumeur élastique arrondie, circonscrite, indolente ou presque indolente dans la région du soie.

Fluctuation plus ou moins obscure et profonde.

2º Signes distinctifs des hydatides et des abcès du foie, dans les cas d'hépatite aiguē.

HYDATIDES DU FOIE.

Marche lente de la maladie.

Pas de sevre.

Pendant longtemps simple gêne et pesanteur dans l'hypochondre, ou douleur sourde et légère.

Ictère rare.

Tumeur élastique, indolente.

Fluctuation difficile à constater.

ABCÉS AIGUS DU FOIE.

Marche rapide de la maladie.

Fièvre.

Douleur plus ou moins vive dans la région du foie.

Ictère fréquent et prononcé.

Tumeur moins élastique, empâtement, dou-

Fluctuation plus facile à constater.

3° Signes distinctifs de la tumeur hydatique et d'une tumeur cancéreuse du foie.

TUMEUR HYDATIQUE.

Dépérissement nul au début, lent ensuite.

Rénitence, élasticité de la tumeur.

Pas d'affections cancéreuses dans d'autres organes, et surtout dans l'estomac.

Troubles digestifs beaucoup moins marqués.

TUMBUR CANCÉREUSE.

Dépérissement ordinairement marqué des le début; assez rapide ensuite.

Tumeur dure, ou de consistance pâteuse.

Affections cancérouses dans d'autres orgenes, et surtout dans l'estomac.

Troubles digestifs plus marqués, surtout dans les cas d'affection gastrique concomitante.

Tels sont les seuls diagnostics différentiels que je crois devoir donner dans ce tableau; celui qu'on a cherché à établir entre la tumeur hydatique et l'hydropisie enkystée ne peut pas, comme je l'ai dit plus haut, être présenté d'une manière assez précise.

Pronostic. Le pronostic de cette affection est évidemment grave. Nous avons vu, en effet, plus haut que la terminaison fatale pouvait se produire d'un assez bon nombre de manières dissérentes. Cependant les cas dans lesquels la maladie s'est terminée spontanément d'une manière heureuse par l'évacuation des hydatides, et

les gnérisons qu'on a obtenues dans ces dernières annecs à l'aide de diverses opérations, ne sont pas rares aujourd'hui; par conséquent, parmi les affections chroniques de la glande hépatique, les hydatides doivent être considérées comme une des moins funestes. Lorsque la tumeur est unique et rapprochée de la paroi abdominale, il est évident que le pronostic est moins fâcheux, puisque l'opération a de plus grandes chances de succès. De toutes les ruptures qui tendent à porter les hydatides au dehors, la plus heureuse est celle qui a lieu à travers la paroi abdominale. La plus grave de toutes les ruptures, puisqu'elle est constamment mortelle, est celle qui se fait dans le péritoine.

§ VII. - Traitement.

C'est pour une tumeur hydatique du foie que M. Récamier, malgré la proscription lancée par M. Lassus contre tout traitement chirurgical, eut recours à une de ces opérations que j'ai cru devoir décrire à propos des abcès du foie, parce qu'elles sont également applicables à l'une et à l'autre de ces affections. Sous ce rapport donc, le traitement des hydatides nous offre des moyens très importants; mais avant qu'on se soit décidé à pratiquer l'ouverture de la tumeur, est-il quelque remède qu'il soit utile de mettre en usage? Tous les auteurs qui ont récemment traité de cette maladie se sont accordés à dire que le traitement interne n'avait qu'une importance très minime; et, en esset, si l'on consulte les observations, on voit, comme M. Barrier le fait remarquer, que les diverses préparations pharmaœutiques mises en usage et auxquelles on a accordé plus ou moins de consiance, n'ont eu aucune action directe sur la marche de la maladie. Je me bornerai par conséquent à indiquer en très peu de mots ces divers moyens internes, qui ne doivent-être employés que dans le cas où l'opération ne peut pas être pratiquée, mit parce qu'il existe des complications trop graves, soit parce que le nombre des umeurs dont on reconnaît ou dont on soupçonne l'existence est trop considérable, soit ensin parce que des hydatides ont envahi d'autres organes essentiels à la vie.

Les médicaments mis en usage sont d'abord les désobstruants et les fondants, que nous retrouvons dans toutes les affections chroniques du soie, qui, presque toutes confondues par les auteurs du siècle dernier, ont été toutes traitées de la même manière. Ces médicaments, je les ai indiqués à l'article Hépatite chronique; je n'y reviendrai pas ici.

Les purgatifs plus ou moins violents et les vomitifs ont été recommandés; mais on se doit pas espérer qu'ils puissent amener la disparition de la tumeur hydatique. Seulement, dans des cas fort rares, ils paraissent avoir hâté la rupture, dans l'intestin ou dans l'estomac, du kyste hydatique. Cependant il ne sérait pas prudent de les employer même dans ce but, car d'abord il n'existe aucun signe qui puisse nous faire prévoir que le kyste a de la tendance à se rompre dans l'un ou l'autre de ces organes, et, en second lieu, on risque de provoquer une diarrhée qui n'a que trop de tendance à s'établir à une époque avancée de la maladie. Ce sont les purgatifs salins qui ont été le plus particulièrement prescrits.

Le calomel, recommandé par les médecins anglais contre toutes les maladics du soie, n'a pas été oublié dans le traitement des hydatides; mais rien ne prouve qu'il ait cu une influence particulière, alors même qu'il a été donné jusqu'à production de la salivation. Dans un cas cité par Jos. Frank, et après lui par M. Barrier, il

survint pendant l'administration du calomel, qui fut suivie de la salivation, des vomissements d'hydatides nombreuses, et la guérison eut lieu. Mais cette rupture dans l'estomac, qui s'est produite dans des circonstances tout à fait différentes, ne saurait évidemment être attribuée à l'action du calomel.

On a prescrit un certain nombre de médicaments dans le but de faire périr les vers hydatiques, ou, en d'autres termes, comme anthelmintiques. Je me bornerai à citer la térébenthine, l'huile empyreumatique de Chabert, médicaments dont j'ai longuement parlé à l'occasion des vers intestinaux, et je n'insisterai que sur l'eau de mer, préconisée par plusieurs médecins.

L'eau de mer prise tous les jours à la dose de trois à huit verres, et les bains de mer pris principalement à la lame, pourront être essayés. Dans le cas où il ne serait pas possible de se rendre aux bains de mer, on administrerait l'eau de mer artificielle en bains et en boisson. La formule de l'eau de mer artificielle pour bains est la suivante :

Quant à l'eau de mer artificielle pour boisson, on pourra prescrire la sormule suivante:

Faites dissoudre. Dose : de 300 à 1000 grammes par jour.

Les préparations d'iode ont été également recommandées, sans que nous soyons mieux fixés sur leur effet.

Enfin on a appliqué sur la région du foie des vésicatoires, des cautères, des maxas; mais comme moyens curatifs on n'en a tiré aucun résultat évidemment avantageux. Les vésicatoires volants appliqués sur l'hypochondre lorsqu'il existe un point douloureux, peuvent cependant faire disparaître ou diminuer notablement la douleur. Sous le rapport palliatif, il est donc permis de leur attribuer quelques avantages.

Reste comme principal, sinon comme unique moyen de salut, l'opération, si heureusement tentée par M. Récamier. Je ne dois pas revenir ici sur ce que j'en ai dit à propos du traitement des abcès du foie. Je ferai seulement remarquer que plusieurs auteurs, et entre autres M. Barrier, regardent le procédé de M. Récamier comme plus sûr que celui de M. Bégin. Mais, comme je l'ai dit dans l'article que je viens d'indiquer, l'opération proposée par M. Bégin n'a eu aucun inconvénient dans les cas cités dans la science; elle est plus prompte et moins douloureuse que celle de M. Récamier, et quoique cette dernière soit très utile à connaître et ait procuré des succès signalés, on ne voit pas pourquoi on ne lui préférerait pas un procédé qui n'en est qu'une simplification, et qui, rien ne le prouve du moins, n'a pas le danger qu'on lui suppose.

Il est une autre opération proposée et exécutée avec succès par M. Jobert (de Lamballe). M. Barrier a cité un cas où, dans l'espace de quatre mois environ, la guérison a été obtenue par ce moyen, qui mérite une description particulière.

MÉTHODE DE M. JOBERT.

Faites sur la tumeur, avec un trois-quarts sin, c'est-à-dire dont la canule n'a pas plus d'un millimètre de diamètre, une ponction, à l'aide de laquelle vous éva-cuerez le plus de liquide possible, et laissez la canule en place pendant vingt-quatre heures. Si l'instammation ne s'empare pas du kyste, et si le liquide se reproduit, renouvelez la ponction à une époque plus ou moins éloignée, et ainsi de suite, jusqu'à ce que le développement de la sièvre, la douleur locale, aient annoncé que cet este produit. Appliquez alors un nombre assez considérable de sangsues et des émollients, de manière à modérer l'instammation. Plus stard, renouvelez encore la ponction s'il y a lieu, jusqu'à ce que ces diverses tentatives déterminent le retrait, la slétrissure, et, par suite, la cicatrisation du kyste hydatique.

Cette méthode, qui en 1841 n'avait encore en sa faveur qu'un seul fait, en compte aujourd'hui plusieurs qui la placent au rang des meilleures qu'on puisse employer. Ainsi M. le docteur Th. Alexandre (1) y eut recours dans un cas soumis à son observation. Quelque temps après la ponction et lorsque les hydatides contenues dans la cavité furent en grande partie sorties, il s'échappa une quantité notable de bile par l'ouverture, ce qui n'empêcha pas une guérison prompte et radicale. Je citerai encore le cas non moins remarquable qui a été rapporté par M. Owen Rees (2), et dans lequel la guérison fut aussi prompte et aussi solide.

Dans les cas où il s'est produit une rupture dans la plèvre ou dans le péritoine, on a quelquesois pratiqué l'ouverture de ces cavités. J. Frank cite un cas où l'ouverture du thorax, dans une semblable circonstance, a eu un plein succès. Il n'en est pas de même de l'ouverture dans la cavité péritonéale; la mort en a toujours été la suite.

PÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Désobstruants; fondants; purgatifs, vomitifs; calomel; anthelmintiques; eau de mer; iode; vésicatoires, cautères; moyens chirurgicaux; méthode de M. Jobert (de Lamballe).

CHAPITRE II.

AFFECTIONS DES VOIES BILIAIRES.

Malgré quelques travaux intéressants publiés sur les abcès de la vésicule du fiel, sur les calculs biliaires et sur la rétention de la bile dans la vésicule, il est extrêmement difficile de tracer d'une manière précise l'histoire des affections des voies biliaires. Sur plusieurs d'entre elles nous ne possédons, en effet, qu'une petite quantité d'observations, qui manquent pour la plupart de la rigueur désirable, et les descriptions générales qui en ont été tracées ne sont fondées, on peut le dire, que sur des appréciations approximatives qui doivent laisser beaucoup de doute dans les esprits sévères. Je vais, en rassemblant ce qui a été dit de plus important, sous le rapport pratique, sur les maladies de la vésicule et des

⁽¹⁾ London med. Gaz., décembre 1845.

⁽²⁾ Guy's hosp. Reports, vetobre 1818.

conduits biliaires, m'efforcer, non sans doute de remplir cette grande lacune qui existe dans la science, mais sculement de mettre le praticien à même de se conduire avec connaissance de causé dans les cas très difficiles qui peuvent se présenter à lui. Viendra ensuite l'article consacré à l'ictère, dans lequel je pourrai mettre en œuvre des documents beaucoup plus nombreux et beaucoup plus précis.

ARTICLE I.

INFLAMMATION DES VOIES BILIAIRES.

C'est dans la vésicule elle-même que se développe le plus souvent cette inflammation; mais il n'est pas rare dè voir le canal cystique et le canal cholédoque y participer. Dans quelques cas, on a mentionné l'existence d'une inflammation bornée au canal cholédoque; mais les faits de ce genre sont très rares; je les mentionnerai plus loin après avoir décrit l'inflammation de la vésicule.

1° Inflammation de la vésicule biliaire.

Cette affection est extrêmement rare à l'état de simplicité; elle complique quelquesois les affections sébriles violentes, et surtout la sièvre typhoide, et dans la plupart des cas où l'instammation de la vésicule biliaire n'est pas une simple lésion secondaire d'une affection sébrile, c'est à la présence d'un plus ou moins grand nombre de calculs biliaires qu'il saut la rapporter. Il semble donc, d'après ces considérations, que nous ne devrions attacher qu'une très saible importance à cette affection presque toujours consécutive; mais, en y résiéchissant, on voit qu'elle mérite, au contraire, une attention particulière. Une sois développée, en esset, cette maladie est ordinairement grave; elle a des symptômes qui lui sont propres, et elle exige un traitement particulier. Quelle que soit donc la manière dont elle s'est produite, elle doit être traitée à part.

§ I. — Synonymie ; fréquence.

On a proposé de désigner l'inflammation de la vésicule du siel sous le nom de cholécystite, et c'est sous cette dénomination qu'elle a été décrite dans la plupart des ouvrages récents. J'ai indiqué plus haut son extrême rareté à l'état de simplicité; je dois ajouter ici que, considérée même d'une manière générale, elle est loin d'être remarquable par sa fréquence.

§ II. - Causes

Les causes de l'instammation de la vésicule biliaire n'ont point été recherchées à l'aide d'observations nombreuses et convenablement analysées; cependant il est quelques faits importants qui méritent d'être mentionnés avec soin. On a cité quelques cas dans lesquels des comps sur la région du foie, une chute, une violence extérieure quelconque, ont déterminé l'inflammation de la vésicule biliaire.

Quelquesois, a-t-on dit, l'inflammation s'est propagée du duodénum à la membrane de la vésicule; mais il n'est pas une seule observation authentique qui appuie cette manière de voir, que l'on peut par conséquent révoquer en doute. On a dit encore que l'inflammation du foie, et même des organes environnants, pouvait s'étendre à la vésicule; nous avons vu à l'article Hépatite, que si cette extension peut avoir lieu dans le cours de cette affection, le cas est au moins sort

rare. A plus forte raison peut-on douter de son existence dans les affections diverses des autres organes et en particulier de l'estomac. Sur ce point, nons n'avons que des renseignements tout à fait insuffisants.

La cause la plus fréquente est, ai-je dit, la présence de calculs biliaires. Si l'on parcourt, en effet, les observations d'abcès de la vésicule rapportées par les auteurs, par exemple ceux qu'a indiqués en passant J.-L. Petit (1), et ceux qui ont été présentés par M. Littré (2), on verra que, dans presque toutes, un plus ou moins grand nombre de calculs occupaient la vésicule. Et qu'on ne croie pas que je confonds ici la simple rétention de bile dont traite particulièrement J.-L. Petit, avec l'inflammation des voies biliaires; car cet auteur, dans la comparaison qu'il établit entre ces deux affections, n'oublie pas de mentionner les causes de l'abcès.

Ensin, comme je l'ai dit plus haut, la vésicule du siel peut s'ensiammer dans le cours des maladies sébriles violentes. M. Louis (3) a trouvé trois cas d'inslammation de la vésicule biliaire dans le cours de cette maladie, tandis qu'il ne s'est présenté à son observation qu'un seul cas semblable chez un sujet mort d'une autre assection; et, ce qu'il y a de remarquable, c'est que, dans ce dernier cas, il s'agissait d'une pneumonie, c'est-à-dire de la phlegmasie qui, par la violence du mouvement sébrile, se rapproche le plus de la sièvre typhoïde.

§ III. — Symptômes.

Il serait impossible de donner une description des symptômes plus satissaisante que celle qui a été donnée par M. Littré; aussi ne puis-je mieux saire que de reproduire ici le passage où cet auteur a tracé la symptomatologie de l'instammation de la vésicule biliaire. Je me contenterai d'y joindre quelques remarques saites par J.-L. Petit.

- Lorsque, dit M. Littré (4), la maladie commence subitement, ou s'ajoute à une affection déjà existante du foie, le malade est pris d'une douleur très vive au niveau du rebord des fausses côtes droites, augmentée par la pression, la respiration, le 'décubitus sur le dos. Il peut à peine s'étendre, et le plus souvent il se couche sur le côté gauche en repliant les membres inférieurs. Le paroxysme de la douleur dure pendant plusieurs heures, puis il diminue, et ordinairement à mesure qu'il diminue, l'ictère se manifeste. En même temps il y a des vomituritions ou des vomissements qui n'amènent que des matières aqueuses et verdâtres. Les vomissements snivent la douleur et diminuent avec elle, la fièvre se joint à ces accidents, et lorsque la première acuité des symptômes est tombée, les auteurs signalent une fèvre accompagnée d'un pouls petit et serré, d'une soif vive, mais où il n'y a ni frisson ni chaleur remarquables. La constipation existe et l'urine a les caractères de l'urine des ictériques.
 - » Si la maladie tend à la guérison, la douleur et l'ictère s'évanouissent peu à peu; les selles deviennent régulières, sinon les souffrances se réveillent par intervalles, l'ictère s'accroît, la peau devient sèche et la mort survient, soit par l'esset de l'inslammation seule de la vésicule, soit par la perforation de cette poche, accident que l'on reconnaît à l'apparition subite des symptômes d'une péritonite suraiguë. »

⁽¹⁾ Remarq. sur les tum. form. par la bile (Mcm. de l'Acad. de chir., t. ler, p. 117 et suiv.).

¹²⁾ Dict. de méd., t. V, article Inflammation des voies Biliaires.

⁽³⁾ Rech. sur l'aff. typh., 2° édit., t. 1er, p. 281.

⁴⁾ Loc. cit., p. 236.

M. le docteur Jenner (1) a rapporté un cas d'ulcérations de la vésicule biliaire. Les symptômes consistaient principalement dans des troubles de la digestion, de vives douleurs hépatiques dans les derniers jours, et une tumeur circonscrite au niveau du point occupé par la vésicule.

Telle est la description tracée par M. Littré. S'il faut en croire J.-L. Petit, il est beaucoup d'autres symptômes qui appartiennent à l'inflammation de la vésicule du fiel: ce sont, lorsque la suppuration s'est faite, la diminution de la douleur et de la fièvre, le caractère pulsatif de la douleur, l'abattement qui persiste après; des frissons irréguliers et d'assez longue durée, la chaleur et la moiteur qui les suivent. En outre, lorsque l'abcès est établi, on observe des phénomènes particuliers qu'il importe d'indiquer.

Abcès de la vésicule du fiel. Lorsque l'abcès formé par suite de l'inflammation de la vésicule biliaire devient accessible à l'exploration, on trouve au-dessous du rebord des fausses côtes et dans le point correspondant à l'organe malade, une tumeur non circonscrite qui paraît, suivant l'expression de J.-L. Petit, comprise dans l'enceinte des parties voisines, et, pour ainsi dire, confondue avec les téguments. A son niveau, on trouve un empâtement plus ou moins marqué; il n'y a autour aucune dureté, et, à une époque plus avancée, la peau rougit et présente un point acuminé. La fluctuation, qui est toujours assez tardive, est d'abord obscure, elle devient apparente dans le centre de la tumeur, et s'étend chaque jour à mesure que la suppuration augmente.

Quand, par suite des progrès de la maladie, l'abcès s'est ouvert au dehors, ou lorsque, à l'aide de l'opération, on évacue le foyer purulent, on voit presque toujours sortir avec le pus un nombre très variable de calculs biliaires, et parfois une certaine quantité de bile. L'écoulement du liquide et la sortie des calculs se prolongent souvent pendant un temps fort long, et, ce qu'il y a de remarquable, saus altérer notablement la santé, et l'ouverture de l'abcès reste fistuleuse. Ce sont surtout les calculs qui donnent lieu à la formation des fistules; car si l'abcès n'en contient pas, ce qui est bien rare, ou s'ils sont promptement évacués en totalité, l'ouverture peut se cicatriser promptement.

M. le docteur Tampelini (2) a vu, chez un homme de soixante-neuf ans, des calculs biliaires s'échapper à travers la partie abdominale. Il survint dans l'hypochondre une tumeur qui s'abcéda, et ne donna pendant longtemps issue qu'à du pus épais d'un blanc sale et inodore, puis un premier calcul sortit par l'onverture fistuleuse, et six mois après un second s'était échappé par cette voie; l'ouverture se serma, se cicatrisa et tout rentra dans l'ordre.

On voit que la symptomatologie de l'inslammation de la vésicule biliaire, si elle présente quelques parties assez bien étudiées, est loin d'être établie d'une manière désinitive. La description de J.-L. Petit n'a d'importance réelle que relativement aux abcès, et celle de M. Littré a dû nécessairement se ressentir de la pénurie des saits et surtout du désaut de détails qu'ils présentent. Aussi quelques unes des propositions qu'elle renserme sont-elles contestables. Cet auteur indique, par exemple, l'ictère comme constant, et cependant j'ai sous les yeux quelques saits où il a complétement manqué.

⁽¹⁾ London med. Gaz., sévrier 1847.

^{!!} Trar. de la Soc. de med. de Moulius pour l'année 1849.

§ IV. - Marche; durée; terminaison.

La marche de la maladie est ordinairement très aiguë: nous avons vu même que, dans un certain nombre de cas, les symptômes acquéraient presque subitement leur plus haut degré de violence. Cependant il résulte de la description de J.-L. Petit, que cette rapidité très grande de la marche de la maladie n'a lieu que dans les premiers temps, et qu'à l'époque où la suppuration s'établit, les divers phénomènes ne se succèdent plus qu'avec une certaine lenteur. C'est, au reste, ce qu'on observe dans tous les abcès chauds, quel que soit leur siége.

Nous ne pouvons pas indiquer d'une manière précise la durée de cette affection: tout ce que nous pouvons dire, c'est que dans les cas où l'on a pu croire à l'existence d'une inflammation de la vésicule biliaire, terminée par résolution, la durée n'a guère dépassé quatre ou cinq jours. Dans les cas, au contraire, où il se forme mabcès, cette durée devient beaucoup plus longue.

Nous venons de voir que la maladie se terminait quelquesois par résolution. M. Andral a cité un cas qui paraît être de ce genre, autant du moins qu'on peut avoir confiance dans le diagnostic d'une maladie aussi imparsaitement connue sous tant de rapports. La terminaison par suppuration peut être regardée comme constante lorsque l'inslammation est causée par la présence des calculs : en pareil cas, la guérison peut avoir lieu par suite de l'ouverture soit naturelle, soit artiscielle de l'abcès, à travers les parois abdominales. Dans quelques cas, comme je l'ai indiqué plus haut, et comme M. Martin-Solon en a cité un exemple remarquable, il y a persoration de la vésicule, épanchement du pus mêlé ou non de bile dans la cavité du péritoine et péritonite mortelle.

Quelquesois aussi la persoration peut se saire du côté de l'intestin, et la guérison avoir lieu par suite de l'évacuation des calculs. M. Louis m'a communiqué un cas de ce genre bien remarquable, surtout sous le point de vue de l'état anatomique de la vésicule, après la sortie du calcul. J'y reviendrai lorsque j'aurai à saire l'histoire des calculs biliaires. Telles sont les terminaisons les mieux connues de cette maladie.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques consistent dans l'épaississement, le ramollissement, parfois l'ulcération des parois de la vésicule biliaire, et en particulier de la muqueuse; dans la présence, dans son intérieur, de pus mêlé ou non à de la bile, et souvent de cakuls en plus ou moins grand nombre; enfin, dans certains cas, dans des perforations plus ou moins nombreuses; M. Martin Solon, dans le cas cité plus haut, en a trouvé jusqu'à vingt-sept. Lorsque la perforation de la vésicule a donné lieu au passage dans le péritoine du liquide qu'elle contenait, on trouve les traces d'une péritonite extrêmement violente qui a emporté le malade. Mais c'est là un point qu'il suffit de signaler ici.

§ VI. - Diagnostic; pronostic.

Le diagnostic de l'inflammation de la vésicule biliaire présente d'assez grandes difficultés lorsque l'abcès n'est point accessible à l'exploration. Cependant, ainsi que le sait remarquer M. Littré, en ayant égard aux diverses circonstances indiquées dans la description des symptômes, on peut encore arriver à reconnaître son existence. Si, en esset, une douleur très vive, ayant son siège immédiatement audesseus des sausses côtes et derrière le muscle droit, se sait sentir plus ou moins

brusquement; si la sièvre ne tarde pas à s'établir, s'il n'y a point, au bout d'un court espace de temps, de suctuation très marquée dans le lieu occupé par la douleur, et surtout si l'ictère n'est pas très intense et ne se maniseste pas très promptement, on devra croire à une inslammation de la vésicule.

Ce n'est guère, en effet, qu'avec une rétention de la bile dans cet organe, ou avec une hépatite aiguë, qu'on pourrait la confondre; mais la rétention de la bile, qui peut se faire d'une manière très prompte et avec l'apparition d'une douleur vive, surtout lorsqu'elle est due à un calcul engagé dans le canal cholédoque, ne s'accompagne pas de fièvre ou ne donne lieu qu'à quelques frissons de courte durée; elle produit bientôt un ictère très intense, et enfin la tumeur et la fluctuation qui se manifestent promptement sous les fausses côtes viennent contribuer à fixer le diagnostic. Je reviendrai tout à l'heure sur ces signes, et surtout sur les signes locaux. J'indique ici ce que nous savons de plus exact : toutefois, qu'on ne croie pas que ce diagnostic est aussi précis qu'on pourrait le désirer. Je citerai, en effet, dans l'article consacré à la rétention de la bile, quelques faits où les signeque je viens de mentionner étaient bien loin d'être évidents.

Quant à l'hépatite aigué, elle se distingue de l'inflammation de la vésicule par l'étendue plus grande de la douleur, par l'augmentation de volume du soie, et ensin par la manière moins brusque dont les symptômes se sont produits. N'oublions pas encore ici que ces signes ne sont pas constants, et reconnaissons qu'il faudrait une étude plus approsondie pour établir un diagnostic plus positif.

Dans les cas où un abcès s'est produit dans la vésicule biliaire, le diagnostic présente de nouvelles considérations, et c'est dans le mémoire de J.-L. Petit qu'il saut particulièrement les chercher. L'abcès de la vésicule peut être consondu, soit avec un abcès du foie lui-même, soit avec la rétention de la bile, dont j'ai parlé plus haut. Voici comment on parviendra à le distinguer de ces deux affections:

L'abcès de la vésicule du siel n'est jamais éloigné du rebord des sausses côtes et du muscle droit. Il peut en être tout disséremment de l'abcès du soie. La suctuation est ordinairement beaucoup plus sacile à percevoir dans le cas d'abcès de la vésicule; en outre, il u'y a pas une dureté environnante à beaucoup près aussi marquée que dans l'abcès occupant le parenchyme hépatique. Tels sont les signes dissérentiels de ces abcès, qui néanmoins peuvent, dans certains cas, être sacilement consondus. Mais, leur traitement étant le même, la consusion n'a pas de danger.

Il est bien autrement important de distinguer l'abcès de la vésicule de la rétention de la bile. L'opération qui convient à l'abcès serait, en effet, très dangereuse appliquée à la rétention biliaire, et il importe d'autant plus de distinguer ces deux lésions, que l'erreur a été fréquemment commise, ainsi qu'on peut s'en convaincre par la lecture du mémoire de J.-L. Petit. Voici donc quels sont les signes auxquels on les distinguera d'après ce chirurgien célèbre : La douleur est de plus longue durée dans l'abcès que dans la rétention biliaire ; elle est pulsative ; lorsqu'elle diminue, elle ne laisse pas le malade dans un état de bien-être aussi complet que lorsque la douleur due à la rétention s'est calmée. Les frissons irréguliers sont plus longs, et ils sont suivis de chalcur et de moiteur. La fluctuation est moins promptement manifeste ; elle commence par le point le plus saillant, pour s'étendre au reste de la tumeur, et enfin on trouve à la circonférence de celle-ci de l'empâtement et un certain degré de dureté que l'on ne trouve pas dans la simple rétention de la bile.

Présenter ce diagnostic sous sorme de tableau synoptique, ce serait s'exposer à le saire regarder comme beaucoup plus précis qu'il ne l'est réellement. Je crois qu'il est plus convenable, dans l'état actuel de nos connaissances, de s'en tenir aux considérations précédentes.

Pronostic. D'après ce qui vient d'être dit, il est évident que l'inflammation de la vésicule du fiel est une affection grave : cependant on cite un moins grand nombre de terminaisons satales que de guérisons, soit par les seuls efforts de la nature, soit par l'intervention de l'art. L'ouverture de l'abcès au dehors, à travers les parois abdominales, surtout lorsqu'il y a des calculs dans le soyer purulent, est le cas le plus savorable après la résolution.

& VII. - Traitement.

Nous n'avons pas de recherches précises sur le traitement, si ce n'est sur les moyens chirurgicaux, qui seuls peuvent être employés avec avantage dans certains cas. Je me contenterai donc de quelques indications relativement aux moyens médicaux.

On a recommandé la saignée générale plusieurs fois répétée, les sangsues appliquées au nombre de dix, vingt, treute, à plusieurs reprises, et les ventouses marifiées sur l'hypochondre droit et sur la partie antérieure de l'abdomen. On mesure l'énergie de ces moyens à l'intensité de la douleur et à la violence de la siève. Les applications émollientes, telles que de larges cataplasmes, des somentations avec l'eau de guimauve, etc., et aussi les bains fréquents et longtemps prolongés sont également prescrits, et, suivant la plapart des auteurs, avec un succès réel. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que ces moyens paraissent appropriés à la nature des symptômes.

Les purgatifs sont aussi recommandés, et les médecins anglais ont particulièrement préconisé l'usage du calomel. Mais cette substance n'est pas administrée par eu uniquement comme purgative, et plusieurs se proposent, en la donnant, de déterminer la salivation. Aucune recherche positive n'a été entreprise dans le but de déterminer quelle est l'influence réelle de ce moyen. Quant aux autres purgatis, tels que l'huile de ricin, la rhubarbe à la dôse de 3, 4 ou 6 grammes, les sels seures, on admet généralement qu'ils ont des effets avantageux, mais plusieurs auteurs les proscrivent dans certains cas où ils supposent l'existence d'une inflammation de l'intestin, qui, s'étant développée primitivement, s'est ensuite propagée aux voies biliaires. Nous avons vu plus haut que ce mode de production de l'inflammation de la vésicule biliaire n'était rien moins que démontré, et que les craintes de ces auteurs sont chimériques.

Si je joins aux moyens précédents l'emploi de quelques narcotiques et de quelques révulsifs appliqués sur la peau, j'aurai fait connaître le traitement généralement adopté. Mais je dois ajouter que l'inflammation de la vésicule biliaire étant, comme je l'ai déjà dit, le résultat ordinaire de la présence des calculs, le traitement propre à ces concrétions biliaires devra être presque toujours mis en usage. Pour les détails, je renvoie le lecteur à l'article suivant, où le traitement des calculs biliaires sera présenté.

Moyens chirurgicaux. Si l'on s'est bien assuré qu'il existe un abcès de la vésirule biliaire, et que des adhérences entre cette poche et la paroi abdominale se sont établies, ce que l'on reconnaît à l'empâtement de cette paroi, et surtout à la sillie et à la rougeur diffuse que l'on remarque sur la peau, on ne doit pas hésiter à ouvrir la tumeur. Presque toujours, en pareil cas, il y a eu déjà rupture de la vésicule, et c'est la paroi abdominale elle-même qui forme la limite antérieure de l'abcès. L'incision simple est pratiquée de telle manière qu'elle ne s'étende pas au delà de la partie la plus saillante, et où la fluctuation se fait distinctement sentir. Après l'écoulement du liquide purulent, on peut opérer l'extraction des calculs biliaires, et si l'ouverture est trop étroite, on doit l'agrandir avec l'instrument tranchant, mais avec beaucoup de précaution, de peur de dépasser les adhèrences de la vésicule : un pansement simple suffit ensuite.

Fistule consécutive. « L'ouverture des abcès de la vésicule, dit Boyer (1), soit qu'elle ait eu lieu spontanément ou qu'elle soit pratiquée par l'art, dégénère souvent en fistule. Cela a lieu surtout dans les abcès causés par un calcul biliaire qui, après avoir percé par ulcération les parois de la vésicule adhérentes au péritoine, glisse entre les interstices des muscles du bas-ventre, sous les téguments, et s'arrête dans un lieu plus ou moins éloigné des voies biliaires, où il produit une tumeur inflammatoire qui se termine par un abcès, duquel il sort du pus, de la bile, et une pierre biliaire plus ou moins volumineuse. »

Les calculs peuvent s'engager dans la fistule et produire des accidents assez marqués (douleurs, anorexie, fièvre). Pour la guérison de ces fistules, on emploie divers moyens, dont les principaux sont : la dilatation au moyen de bougies, d'éponge préparée, etc., etc., l'incision, l'enlèvement des parties calleuses, toutes opérations qui ont pour but de favoriser la sortie des calculs biliaires dont la présence est la cause principale de la persistance des fistules. Mais ce sont là des considérations chirurgicales que je ne dois pas pousser plus loin, et sur lesquelles je me contenterai d'appeler l'attention du lecteur. Je signalerai seulement le fait suivant, comme un des plus utiles à connaître :

M. le docteur Levacher (2) a observé un cas d'abcès de soie dans lequel, après l'ouverture du soyer et l'issue du pus, il resta pendant longtemps un conduit sistuleux. M. Levacher débrida d'abord à l'aide d'un bistouri conduit sur la sonde cannelée, puis en introduisant des éponges sicelées et gommées, il dilata la sistule jusqu'à ce qu'elle pût admettre le petit doigt. Il sortit alors un premier calcul. A l'aide de cordes à boyau du volume du petit doigt, la sistule su premier calcul. A l'aide de cordes à boyau du volume du petit doigt, la sistule su grandie au point d'admettre le pouce. Dès lors de nouveaux calculs se présentèrent. On put en extraire seize, dont plusieurs durent être broyées, et, trois mois après, la guérison était parsaite. Borrichius, cité par Boyer, Thilésius, Stalpart Van der Wiel ont cité des cas analogues.

2º Inflammation des conduits biliaires.

Nous ne possédons que des renseignements tout à fait insuffisants sur l'inflammation bornée aux conduits qui portent la bile de la vésicule dans l'intestin. M. Littré a cité un exemple d'inflammation limitée au canal cholédoque, et qu'il a emprunté au docteur Curry (3). Ce qu'il y eut de remarquable dans ce cas, ce sut une douleur vive à l'estomac et des nausées bientôt suivies de la mort. On ne trouva à l'autopsie autre chose qu'une inflammation marquée du canal cholédoque et la présence d'un certain nombre de calculs dans la vésicule. L'inflammation, suivant

⁽¹⁾ Trailé des malad. chirurg., 4° édit., t. VII, p. 591.

⁽²⁾ Journ. de chirurgie, mai 1846.

³⁾ Bibliothèque britannique, t. LX, 1615.

M. Littré, fut probablement produite par le passage brusque d'un des calculs dans le canal. Un exemple plus remarquable encore d'inflammation aiguë de ce conduit se trouve rapporté par M. Andral (1). L'inflammation fut si violente dans le canal cholédoque, qu'elle en détermina l'oblitération, qu'il y eut rupture de la vésicule et péritonite mortelle. M. Andral pense que, dans ce cas, l'inflammation s'était propagée du duodénum au canal cholédoque, mais rien n'est moins prouvé. Le duodénum était sain. On voit combien sont vagues nos documents sur ce point de pathologie.

On trouve quelquesois une oblitération plus ou moins complète des conduits biliaires, et dans quelques cas on est porté à attribuer cette oblitération à une inflammation antécédente. Mais cette inflammation était-elle bornée aux conduits biliaires, ou a-t-elle occupé également la vésicule? Quels sont les symptômes auxquels elle a donné lieu? Sous quelles influences s'est-elle produite? Ce sont là des questions qu'il est nous impossible de résoudre.

3° Inflammation chronique de la vésicule et de ses conduits.

Ce n'est encore qu'à l'aide de l'anatomie pathologique qu'on a tracé la description extrêmement incomplète de l'inflammation chronique des voies biliaires. Tout ce qu'il importe d'en dire ici, c'est qu'une douleur fixe au-dessous des fausses côtes droites et derrière le muscle droit, ayant une longue durée avec des exacerbations variables, et des troubles digestifs très divers, ont été assignés comme symptômes à cette affection; que c'est presque toujours dans les cas de calculs qu'on a noté l'inflammation chronique des voies biliaires, et que les lésions trouvées après la mort sont l'épaississement, les ulcérations des parois de la vésicule, la présence du pus dans son intérieur, avec des lésions semblables dans les canaux d'excrétion de la bile qui présentent souvent une oblitération plus ou moins complète. Dans un cas, M. Louis a vu l'induration de la vésicule succéder à sa perforation par un calcul. Quant au traitement, je me contenterai de faire remarquer qu'il ne présente rien de particulier, qu'il n'est autre que celui qu'on oppose généralement aux calculs biliaires, et je me hâte d'abandonner ce sujet encore si obscur.

ARTICLE II.

CALCULS BILIAIRES ET COLIQUE HÉPATIQUE.

On ne trouve dans les anciens anteurs aucune mention des calculs biliaires; Rhazès seulement parle d'une pierre de ce genre trouvée dans les canaux de la bile sur un bœuf. On a dit, il est vrai, qu'Hippocrate faisait mention de ces concrétions dans sa Lettre sur la maladie de Démocrite, mais on s'est trompé. C'est à Vésale, à Fallope (2), et surtout à Fernel (3) qu'il faut arriver pour trouver quelques notions sur ce point de pathologie. Ce dernier fit connaître la possibilité de l'expulsion de ces calculs pendant la vie. Plus tard, un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels il faut citer Van-Swieten (4), Fréd. Hoffmann (5), Morgagni (6),

⁽¹⁾ Clinique médicale, t. II, p. 556. obs. XLVI.

⁽²⁾ Observationes analomica; Venise, 1561.

⁽³⁾ Pathol., lib. VI, cap. v.

⁽⁴⁾ Comment, in Boerhaav. Aphorismos.

⁽⁵⁾ De dolor. et spasm. præcord., etc.

^{16;} De sedib, et caus, morborum, epist. XXXVIII.

ont étudié avec assez de soin cette maladie, sur laquelle MM. Bouillaud (1), Stokes (2), Fauconneau-Dufrésne (3), et plusieurs autres auteurs, ont publié des recherches cliniques importantes.

§ Ior. - Fréquence.

La fréquence des calculs biliaires est assez grandé; mais dans la pratique médicale on n'a pas très souvent lieu de donner des soins aux malades atteints de cette affection, attendu que, dans un nombre assez considérable de cas, elle peut exister jusqu'à la mort sans produire aucun phénomène digne de remarque.

§ II. - Causes.

Nous n'avons que des données extrêmement vagues sur les causes des calculs biliaires. Plusieurs auteurs se sont fait sur ce point des opinions qui sont loin d'être appuyées sur des faits concluants. Je me bornerai à mentionner les principales circonstances indiquées par eux.

1° Causes prédisposantes.

C'est ordinairement à une époque assez avancée de l'existence que se produisent les calculs biliaires; cependant on a signalé quelques exemples de cette affection pon seulement dans la jeunesse, mais encore dans l'enfance. Portal, entre autres. cite deux cas de calculs biliaires chez des enfants nouveau-nés; mais Billard et les autres auteurs qui se sont occupés spécialement des maladies des enfants ne parlent pas de cette affection, et pour mon compte je n'en ai jamais trouvé un seul exemple.

D'après M. Crisp (4), c'est principalement aux environs de cinquante ans que se produit cette affection.

Rien ne prouve qu'un sexe soit plus exposé que l'autre aux calculs biliaires. D'après les saits examinés par Morgagni, on doit même admettre que les deux sexes y sont également sujets.

Suivant quelques auteurs, les calculs des voies biliaires affectent principalement les hommes sédentaires, les gens de lettres, ceux qui ont l'habitude de rester assis après leur repas (Van-Swieten), ceux qui se tiènnent habituellement courbés en avant, et compriment par là les organes abdominaux. Mais on sent combien toutes ces assertions auraient besoin d'une démonstration rigoureuse. Il en est de même de l'influence qu'on a attribuée à l'usage excessif des boissons alcooliques, de la bière, etc., etc.

Ensin, on a accordé une grande influence aux climats froids, et quelques auteurs, Rudolphe, Schwediels (5), J. Frank (6), ont attaché une grande importance à l'hérédité dans cette affection.

(2) The London med. and surg. Journ., vol. V.

(4) The Lancet; Loudon, 1841.

(b) Med. Annal.

⁽¹⁾ Recherch. cliniq. sur les malad. des voies bil. (Journ. complém. des scienc. médic., déc. 1827).

⁽³⁾ Revue médicale, 1841. — De la bile et de res maladies, dans Mémoires de l'Académie de médecine, Paris, 1847, l. XIII, pag. 198.

⁽⁶⁾ Prax. med., De calcul. biliar.

2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles, je citerai les vives émotions, les passions violentes, les violences extérieures, l'usage immodéré du tabac, l'exposition continuelle aux émanations de la vapeur du charbon, etc., etc. Il suffit, comme on le voit, de mentionner ces causes, qui n'ont pour elles que des idées théoriques, ou quelques cas isolés dans lesquels on ne peut voir que de simples coıncidences.

Ce qui prouve combien nous sommes peu instruits sur l'étiologie des calculs biliaires, c'est qu'après avoir donné leurs opinions sur les causes qui produisent ces concrétions, tous les auteurs finissent par reconnaître qu'il faut admettre l'existence d'une cause inconnue.

§ III. — Symptômes.

Pour décrire les symptômes auxquels donne lieu la présence des calculs biliaires, il sout nécessairement diviser le sujet en plusieurs parties importantes : tantôt les calculs biliaires restent rensermés dans la vésicule; tantôt ils se sorment à la racine du canal hépatique, et restent dans leur siège primitif, ou s'engagent dans ce canal, et tantôt enfin ils pénètrent dans le canal cholédoque, lieu dans lequel ils peuvent rester à demeure, obstruant plus ou moins complétement le conduit, ou qu'ils peuvent traverser, après avoir produit divers accidents.

1º Calculs dans la vésicule biliaire. Nous possédons aujourd'hui un très grand nombre de saits qui prouvent que des calculs, en nombre considérable, peuvent enster dans la vésicule biliaire sans donner lieu à aucun symptôme, et l'on s'est asuré après la mort que, dans ces cas, la présence des concrétions n'avait déterminé aucune altération dans les parois de la cavité. Toutesois, si les calculs sont en nombre très considérable, et si la vésicule se trouve distendue, on peut obsérver, comme cela a eu lieu dans plusieurs cas cités par les auteurs, une gêne, un sentiment de pesanteur et de tension dans l'hypochondre droit. Quelquesois des sujets x sont plaints d'éprouver un mouvement incommode au niveau des sausses côtes droites, lorsqu'étant couchés, ils voulaient se tourner d'un côté sur l'autre, et principalement sur le côté gauche : ces cas sont rares; Fabrice de Hilden en a cité un exemple.

Quelquesois cette gêne peut dégénérer en véritable douleur; mais, sous ce rapport, les renseignements sournis par les auteurs sont tout à sait insuffisants. Est-il,
en esset, démontré que, dans les cas dont il s'agit, la douleur sût uniquement due
à la présence des calculs dans la vésicule et à la plus ou moins grande distension de
cette poche? N'est-il pas survenu un certain degré d'inflammation? Les calculs ne
se sont-ils pas engagés dans la partie étroite et tortueuse du col de la vésicule? C'est
ce qu'on n'a pas recherché par l'analyse, et ce qui nous laisse nécessairement dans
une grande incertitude.

Du reste, cette douleur est très variable quant à son intensité, à sa sorme et à l'étendue de son siège. Tantôt sourde, tantôt, au contraire, vive et lancinante, elle peut rester bornée à l'hypochondre droit, s'étendre au reste de l'abdomen, aux parois de la poitrine et même à l'épaule.

Tels sont les seuls signes que, dans l'état actuel de la science, on puisse assigner une calculs biliaires renfermés dans la vésicule, et n'ayant point déterminé une

violente inflammation et l'abcès de cet organe. Quelquesois, cependant, on a pu, par la palpation, s'assurer que des calculs occupaient la vésicule: J.-L. Petit en a cité des exemples. En pareil cas, si les calculs sont très nombreux, on entend, à l'aide de la pression et surtout de la pression brusque, outre la résistance qui existe au niveau de la vésicule du siel, un bruit que J.-L. Petit a comparé à celui que produisent des noisettes qu'on agite dans un sac. Dans d'autres cas, il n'existe qu'un petit nombre de calculs volumineux et serrés les uns contre les autres; on a pu alors sentir à la palpation leur dureté pierreuse; mais les cas de ce genre sont très rares.

La percussion est alors d'un assez grand secours : par elle, en effet, on détermine, outre la matité propre à la vésicule biliaire distendue, le bruit de collision qui vient d'être indiqué, bruit que l'on perçoit avec plus de facilité encore lorsqu'on applique le stéthoscope dans un point voisin de la vésicule. M. Martin-Solon (1) a déterminé la collision des calculs biliaires en saisissant la vésicule et en recommandant au malade de faire trois ou quatre efforts expulsifs en contractant le diaphragme. Mais, dans le plus grand nombre des cas, il faut le reconnaître, tous ces signes manquent complétement, et la présence des calculs est inaccessible à l'exploration directe.

Des troubles digestifs très variés, comme des digestions laborieuses, la perte de l'appétit, la difficulté de la délécation, ont été donnés comme appartenant à la présence des calculs biliaires dans la vésicule. Mais rien ne prouve que ces symptômes aient le moindre rapport avec ces calculs, dans les cas où ils ne gênent pas le cours de la bile, cas le plus ordinaire. On a été jusqu'à attribuer la tristesse, l'hypochondrie à cette affection, mais sans aucune preuve valable.

En résumé donc, les calculs biliaires, tant qu'ils ne produisent pas d'altération dans la vésicule et qu'ils ne génent pas le cours de la bile, n'ont pas de symptômes qui leur soient propres; mais nous avons vu plus haut qu'ils étaient une des cause-les plus fréquentes de l'inflammation des conduits biliaires, qu'ils produisaient parfois les ulcérations, et même la rupture de la vésicule. M. le docteur Santo Nobili (2) a cité un cas dans lequel un calcul biliaire, long de deux pouces et demi et épais de huit lignes, rompit la vésicule biliaire, et se fit jour à travers l'hypochondre. Il resta une fistule bilieuse. En parcil cas, les calculs biliaires deviennent causes des maladies particulières qui ont été déjà décrites, comme nous les verrons plus loin devenir, dans d'autres circonstances, causes de plusieurs états morbides très marqués, qui auront leur description à part.

2º Calculs dans les radicules du canal hépatique. Déjà Morgagni avait indiqué un assez grand nombre de faits observés par plusieurs auteurs, et dans lesquels on avait trouvé des calculs biliaires en nombre souvent fort considérable, non seulement à la naissance du conduit hépatique, mais encore dans ses racines principales et même jusque dans les parties les plus profondes du foie M. Fauconneau-Dufresne (3) a mentionné ces divers cas, et y en a joint plusieurs autres observés par les auteurs modernes. Il résulte des recherches de cet auteur que, sauf quelques douleurs sourdes dans l'hypochondre droit, et, dans quelques cas rares, des signes

⁽¹⁾ Bull. gén. de thér., 15 avril 1819.

⁽²⁾ Annali universali di med., sevrier 1847.

⁽³⁾ Memoire sur les calculs biliaires ; Paris, 1841, p. 29.

de colique hépatique, on ne peut assigner aucun symptôme à cette lésion, qui parsois même ne donne lieu à aucun phénomène.

3° Culculs dans le canal hépatique. Les calculs du canal hépatique sont rares. Dans le petit nombre de cas qui ont été cités, ils ont produit des symptômes marqués: ce sont d'abord l'ictère, une douleur violente au niveau des sausses côtes droites si le calcul a pénétré brusquement; des douleurs moins sortes ou intermittentes lorsque le calcul s'est établi à demeure dans le conduit; des troubles digestifs variables, et en particulier des vomissements bilieux, et ensin les signes de la péritonite suraigué lorsque le conduit hépatique s'est rompu et que le calcul est tombé dans le péritoine, ce qui a eu lieu dans deux cas cités par M. Fauconneau-Dusresne (1).

le Calculs dans le canal cystique. Les calculs formés dans la vésicule peuvent s'engager dans le canal cystique. Lorsqu'ils y pénètrent brusquement et qu'ils distendent violemment ce canal, on observe les mêmes symptômes que nous avons notés dans le passage des calculs à travers le canal hépatique, et, de plus, la rétention de la bile, qui produit la dilatation de la vésicule du fiel, avec les accidents qu'elle entraîne à sa suite, et qui seront décrits plus tard. Cependant on conçoit que la bile trouvant dans les canaux hépatique et cholédoque un passage libre du foie dans l'intestin, et, pouvant aussi quelquefois filtrer encore entre le calcul et les parois du canal, la douleur seule existe en l'absence de tout autre symptôme d'affection hépatique. C'est ce qui a lieu dans quelques cas d'un diagnostic très difficile.

Parfois le calcul finit par s'établir à demeure dans le canal cystique, et la bile contenue dans la vésicule, ainsi que les parois de cette poche elle-même, peut subir des altérations sur lesquelles je reviendrai dans un autre article. Enfin si l'infammation du canal a lieu par suite de la présence du calcul, il survient des symptômes permanents qui peuvent se terminer d'une manière funeste lorsque les parois ramollies du conduit cèdent à la pression du calcul, auquel elles livrent passage par leur perforation.

Reconnaissons, au reste, que les divers états pathologiques que nous venons d'indiquer n'ont été étudiés que d'une manière superficielle; ils demandent impérieusement de nouvelles recherches.

5° Calculs dans le canal cholédoque. C'est en traversant ce canal que les calculs biliaires donnent lieu aux symptômes les plus constants et les plus nombreux. C'est aussi à propos de leur engagement dans ce dernier conduit de la bile que je parlerai d'une manière générale de ces accès de douleurs, qui peuvent résulter aussi, comme on vient de le voir, du passage des calculs dans les autres conduits, et qu'on a désignés sous le nom d'accès de colique hépatique.

COLIQUE HÉPATIQUE.

Début. Parsois ces accès sont annoncés pendant un temps plus ou moins long par divers symptômes, dont les principaux sont : un sentiment plus ou moins vis de douleur qui a son siége dans l'hypochondre droit, et qui peut s'étendre plus ou moins loin; la constipation, la couleur ictérique des nrines, et parsois un commen-

⁽¹⁾ Loc. eit., p. 31.

cement de teinte ictérique à la face. Mais dans d'autres cas, au contraire, dont il est impossible de préciser la proportion, rien ne peut faire prévoir l'apparition de la colique hépatique.

Symptômes de la colique hépatique. Dans tous les cas, celle-ci est annoncée par une douleur ordinairement très violente, et portée quelquesois au point que les malades perdent connaissance. La plupart prennent, pour échapper à cette douleur, des postures extrêmement variées : siéchissant le tronc en avant, se couchant en travers de leur lit, se livrant à des mouvements désordonnés dans l'espoir de se soulager.

Comme toutes les douleurs, celle qui constitue la colique hépatique est très diversement appréciée par les malades. Les uns la comparent à un sentiment de brûlure, les autres à celui d'un déchirement, d'un pincement, d'une violente piqure, etc. Son siège principal est au-dessous des fausses côtes droites, derrière le muscle droit; mais il n'est pas rare de le voir s'irradier dans divers sens, gagnant l'épigastre, l'hypochondre gauche, les lombes, et même, ce qui est beaucoup plus intéressant pour le diagnostic, suivant le trajet de l'urètre, comme le ferait une douleur causée par la présence d'un calcul urinaire engagé dans l'uretère. Wepfer plaçait le siège principal de cette douleur au niveau de l'appendice xiphoide, mais fréquemment on l'a vue occuper des parties assez éloignées de cet appendice.

Dans certains cas, en a noté, outre la douleur spontanée, une douleur marquée d la pression, au niveau du point malade; celle-ci s'est montrée même parfois tellement vive, que les malades pouvaient à peine souffrir qu'on les touchêt. Dans d'autres cas, au contraire, on a dit que la pression pouvait calmer les douleurs, mais on n'a pas distingué une pression large, exercée, par exemple, en se couchant sur le ventre, d'une pression portant sur une faible étendue, ce qui avait une importance réelle. Au reste, il faut reconnaître que, sous ce rapport, les recherches sont fort incomplètes.

Chez un certain nombre de malades, il ne se manifeste qu'un seul accès, d'une durée variable, ne dépassant pas, chez plusieurs, quelques minutes, ou se prolongeant, chez d'autres, pendant plusieurs heures, après quoi tout rentre dans l'ordre, et la maladie ne laisse après elle qu'une douleur contusive dans l'hypochondre droit. En pareil cas, on est en droit d'admettre qu'un calcul engagé dans les canaux biliaires s'est frayé un chemin jusque dans l'intestin, et l'on trouve, en effet, presque toujours la concrétion dans les matières évacuées peu de temps après l'accès. Dans les cas où l'on ne peut pas trouver le calcul, on pense qu'après s'être engagé dans le commencement du canal cystique, il a pu rentrer dans la vésicule biliaire; mais le fait n'est pas parsattement démontré.

Dans le plus grand nombre des cas, au contraire, il survient plusieurs de ces accès qui constituent une véritable attaque. Ces accès se produisent à des intervalles variés qui ne dépassent pas ordinairement quelques heures, et ils sont souvent d'une intensité telle, que les malades appellent la mort et sont dans un état d'excitation et de jactitation extrêmement marqué. C'est alors qu'on voit survenir des symptômes nerveux variés, comme les vertiges, le délire, les convulsions, et que la syncope, dont nous avons déjà indiqué l'existence, peut être si complète, que les moyens les plus actifs ont peine à la faire cesser.

Du côté des voies digestives, on observe également, pendant les accès, des sym-

ptitions, des nausées, des vomissements composés tantôt de mucosités, tantôt de bile. Les malades désirent des boissons fraîches. On voit souvent survenir la distension de l'estomac par des gaz, ce qui a fait dire à Starck que le genflement de la région épigastrique était un caractère essentiel de la colique hépatique : assertion qui a'est pas exacte, car un bon nombre d'observations prouvent que le fait est loin d'être constant. Il existe en même temps une anxiété précordiale telle, que les malades rejettent violemment les couvertures qui pèsent sur la base de la poitrine. Parsois on remarque des battements épigastriques violents, dus sans doute au soulèvement par les artères de l'estomac distendu. Dans ces cas, la respiration paraît gênée; elle est fréquente, brève, suspirieuse.

Du côté de l'abdomen, le phénomème le plus remarquable et le plus constant est une constipation qu'il est difficile de vaincre, parce que les purgatifs, de même que les boissons, sont promptement rejetés par les vomissements. Cependant on a vu quelquefois des selles bilieuses assez abondantes se produire, et l'on a pensé qu'en pareil cas le calcul occupait le canal cystique, laissant à la bile un libre cours à travers les conduits hépatique et cholédoque.

Au milieu de ces symptômes si graves, le pouls reste ordinairement calme, ou nême prend une lenteur inaccoutumée. Mais si les premiers symptômes persistent, si l'anxiété est excessive, il est ordinaire de trouver le pouls petit, filiforme, misérable, et l'on voit aussi survenir des battements de cœur plus ou moins violents. La cheleur est ordinairement concentrée dans la région épigastrique, tandis que le reste du corps est froid, principalement vers les extrémités. La peau est habituel-lement sèche; on l'a vue quelquesois se couvrir d'une sueur froide, et, dans quelques cas rares, être le siège d'une démangeaison vive.

Enfin il importe de signaler l'ictère, dont je n'ai pas encore fait mention, parce qu'il n'existe pas toujours, son apparition dépendant de certaines circonstances. Il manque erdinairement lorsqu'il ne se produit qu'nn accès court à la suite duquel le calcul engagé tombe dans l'intestin. Il peut également n'avoir pas lieu lorsque le canal cystique est le siège du mal, parce qu'alors il reste encore un libre passage à la bile par les conduits hépatique et cholédoque. Mais il existe presque constamment lorsqu'un calcul reste pendant un certain temps engagé dans l'un de ces deux conduits, et principalement dans le dernier. Cet ictère ne présente rien de particulier, si ce n'est sa coïncidence avec la dilatation de la vésicule biliaire larsque le calcul occupe le canal cholédoque, ce qui est de beaucoup le cas le plus fréquent. J'aurai occasion de revenir sur ce sujet dans l'article consacré à l'ictère.

Cette description des accès est commune à un assez grand nombre de cas. Cependant il n'est pas rare de voir manquer plusieurs des symptômes précédents,
et l'attaque consiste parfois uniquement dans les atteintes de douleur qui la caractérisent particulièrement. Dans quelques cas aussi l'intensité de tous les symptômes
est infiniment moins considérable que nous ne l'avons indiqué plus haut. Enfin il
est des sujets qui ont rendu un très grand nombre de calculs par les selles sans
moir épreuvé aucun accident.

La terminaison de ces accès doit être distinguée de la terminaison des attaques tiles-mêmes, excepté dans les cas où un accès unique a lieu. Les accès se termi-

nent souvent par la simple disparition des symptômes qui viennent d'être indiqués, sans qu'il survienne aucun phénomène remarquable. La douleur se calme ordinairement peu à peu, et quelquesois, au contraire, d'une manière subite, comme M. Nacquart en a cité un exemple observé sur lui-même.

Lorsque l'accès a été de courte durée, la souffrance se dissipe complétement ou presque complétement. Dans le cas contraire, il reste une sensibilité plus ou moins vive à la région épigastrique. Quelquesois on a vu l'accès se terminer par une sueur d'une abondance variable, parsois jaune et d'une odeur désagréable. Si l'attaque n'est pas terminée, on n'observe rien de remarquable du côté des selles, et les sujets restent dans un état d'ahattement et d'appréhension dont il est difficile ou même impossible de les tirer. L'ictère ne se dissipe pas et les sonctions digestives s'exécutent péniblement.

La eause prochaine de ces accès survenant à des intervalles variables et constituant les attaques, se trouve, ou bien dans le passage successif de plusieurs calculs à travers les canaux biliaires, ou, ce qui est infiniment plus fréquent, dans la marche d'un seul calcul qui se fait, pour ainsi dire, par saccades. Dans ce dernier cas, après son entrée dans le canal, le calcul ayant pris, pour ainsi dire, droit de domicile, et le conduit s'étant habitué à la dilatation, la pierre s'avance de nouveau, poussée par la bile; alors surviennent de nouveaux accidents, qui se terminent de même, et ainsi de suite jusqu'à ce que le calcul ait atteint le duodénum.

La terminaison de l'attaque a lieu ordinairement par la cessation plus on moins rapide de la douleur, par la disparition de l'anxiété, de la chaleur épigastrique, etc., sans autres phénomènes appréciables; et ce n'est qu'au hout de deux ou trois jours qu'il survient des selles dans la matière desquelles on trouve un ou plusieurs calculs biliaires. Quelquesois cependant une selle bilieuse, abondante, dans laquelle se trouvent les calculs, est le signal de la disparition de tous les symptèmes, et l'attaque est terminée. S'il existait un ictère, on le voit disparaître rapidement, et si cet ictère n'était que commençant, la peau reprend sa coloration ordinaire en peu d'heures.

Lorsque l'attaque n'a pas été très violente ou de longue durée, les malades peuvent, au bout de quelques jours, reprendre leurs occupations; mais ordinairement ils sont, à des époques très variables, repris de nouvelles attaques qui donnent lieu aux mêmes symptômes.

Dans les cas où les attaques sont extrêmement violentes, elles peuvent laisser après elles un état de langueur et de faiblesse qui dure assez longtemps. Mais c'est surtout lorsqu'elles ont une longue durée que l'économie éprouve les altérations les plus profondes. On voit survenir alors un dérangement continuel des fonctions digestives, consistant dans l'anorexie, les digestions laborieuses, des nausées, des vomissements, une constipation opiniâtre. Ces symptômes s'accompagnent d'un dépérissement marqué, il y a de l'insomnie, de l'agitation la nuit; le caractère devient morose, et parsois les malades tombent dans l'hypochendrie.

Dans quelques points des canaux biliaires que les calculs se trouvent engagés, ils peuvent déterminer la rupture de ces conduits ou leur perforation. Il est ordinaire alors de voir survenir une péritonite suraigué qui résulte du passage des calculs et de la bile dans le péritoine, et qui emporte rapidement le malade. Mais dans quelques cas, par suite d'adhérences inflammatoires qui se sont formées

entre les conduits biliaires et un point de l'intestin, l'expulsion au dehors du calcul peut se faire par ce dernier organe, et la terminaison favorable avoir lieu, comme je l'ai indiqué plus haut.

Chez quelques sujets, après avoir produit un plus ou moins grand nombre des accidents déjà décrits, le calcul reste engagé dans le canal, et cependant les accès ne se reproduisent pas. Parfois ils sont remplacés par une douleur sourde et continue, et parfois aussi-il n'existe plus aucun symptôme. Alors il arrive de deux choses l'une: ou bien la bile parvient à se frayer un passage soit entre le calcul et les parois du canal, soit entre les interstices de plusieurs calculs, ce qui a été démontré par plusieurs autopsies, et c'est surtout alors que toute espèce de symptôme peut disparaître; ou bien il existe un obstacle permanent au cours de la bile, et alors se manifestent les symptômes de rétention de ce liquide dans la vésicule et dans le foie, symptômes que je décrirai en détail dans l'article suivant.

Quelquefois une inflammation aiguë ou chronique du foie vient compliquer la maladie : c'est surtout ce qui a lieu dans les cas où le calcul occupe les racines du conduit hépatique.

Ensin, dans d'autres cas, heureusement rares, on a vu les malades succomber au milieu d'une syncape produite par l'excès de la douleur.

Telle est la description de la colique hépatique qui est due le plus souvent à l'engagement des calculs dans le canal cholédoque. J'en ai emprunté une bonne partie aux travaux de M. Fauconneau-Dufresne, qui a consulté les principaux faits épars dans les auteurs. On voit cependant qu'elle est bien loin d'avoir la précision désirable, et qu'elle résulte presque tout entière d'appréciations générales dont il serait bon de vérifier l'exactitude par une analyse rigoureuse d'observations exactes, détaillées et nombreuses.

Lorsque l'accès est terminé par suite du passage du calcul dans l'intestin, soit par les conduits biliaires, soit par une perforation de la vésicule et de l'intestin lui-même, il peut survenir quelques accidents dont je dois dire un mot. Les calculs sont quelquefois si nombreux ou si volumineux, qu'ils peuvent déterminer une véritable obstruction intestinale. Saunders, J. Frank et plusieurs auteurs ont cité des exemples du passage de calculs d'une grosseur prodigieuse dans l'intestin. Lorsque le volume n'est pas excessif, on conçoit que la simple dilatation des conduits ait suffi pour livrer passage à la concrétion; mais lorsqu'il égale celui d'un œuf de poule, on a peine à comprendre qu'il en soit ainsi. Aussi, en pareil cas, y a-t-il inflammation de la vésicule, adhérence de cette poche à l'intestin, et perforation des parois des deux cavités.

Les calculs peuvent s'arrêter dans divers points de l'intestin, mais on les trouve le plus souvent vers la valvule du cœcum et dans le rectum. Dans l'un et l'autre cas, les symptômes sont ceux de l'obstruction intestinale. Si le calcul est dans le rectum, on peut ordinairement le sentir par le toucher.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est chronique, et l'on n'observe, comme nous l'avons dit, de symptômes évidents, du moins dans les cas ordinaires, qu'à des intervalles plus ou moins éloignés. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est une intermittence irrégulière déterminée par l'engagement plus ou moins fréquent des calculs dans

les canaux par la distension de la vésicule, ou par les diverses lésions auxquelles la seule présence de ces calculs peut donner lieu.

La durée, considérée d'une manière générale, est illimitée. La durée des accès de colique hépatique varie de quelques minutes à plusieurs heures, rarement au delà, et la durée des attaques, qui dans quelques cas peut ne pas dépasser celle d'un simple accès, peut aussi se prolonger pendant plusieurs jours.

La terminaison est très variable dans les différents cas. Chez un assez bon nombre de sujets, comme nous l'avons vu, les calculs ne produisent aucun phénomène particulier; la maladie dure jusqu'à la mort des malades, causée par une autre affection. Dans les cas où la présence des calculs détermine l'inflammation de la vésicule, ou bien il y a sortie de ces corps étrangers à travers les parois abdominales, et alors l'affection se termine comme nous l'avons vu à l'article Inflammation de la vésicule biliaire, ou bien il y a ouverture de l'abcès dans l'intestin, dans l'estomac, et nous avons encore fait connaître dans le même article ce qui se passait dans ces différents cas. A ce sujet j'indiquerai ici un fait qui m'a été communiqué par M. Louis, et dans lequel une pierre du volume d'une noix, ayant déterminé la perforation de l'intestin, laissa une communication directe entre la vésicule et cet organe, ce qui fut constaté par la résonnance gazeuse produite au niveau du réservoir de la bile, où se trouvait une tumeur du même volume que le calcul.

Nous avons vu plus haut qu'on avait attribué la mort à l'inflammation du canal cholédoque, causée par le passage d'une concrétion biliaire à travers ce conduit. La suppuration du foie, produite par la présence d'un calcul dans les racines du conduit hépatique, est également une cause de terminaison funeste, et nous en trouvons une autre dans la rupture des divers conduits et dans la chute des calculs dans le péritoine; faits que nous avons suffisamment indiqués plus haut.

§ V. - Lésions anatomiques.

Dans un bon nombre de cas, on ne trouve aucune lésion anatomique dans la vésicule ni dans les conduits, quoique les calculs soient volumineux ou en nombre considérable. Quelquesois la vésicule présente des parois épaissies; sa muqueuse est ramollie, offre des ulcérations dans divers points, et dans d'autres un épaississement plus ou moins considérable; quelquesois, au contraire, elle est, ainsi que les autres membranes, épaisse et dure, et la vésicule alors ne s'assaisse pas complétement quand on la dépose sur un plan solide. La membrane moyenne présente le plus ordinairement le plus haut point d'hypertrophie et d'induration, et, dans cet état, elle a des fibres apparentes, ce qui a porté quelques auteurs à la regarder comme de nature musculaire. Les lésions de ce genre sont dues à une inflammation chronique. Dans d'autres cas, la membrane muqueuse est lisse et polie, et a perdu son aspect velouté ; d'autres sois elle est réticulée, et ensin on l'a trouvée couverte de granulations: c'est encore à une inslammation chronique qu'on doit attribuer ces divers états. Dans le cas observé par M. Louis, et que j'ai cité plus haut, les parois de la vésicule avaient acquis une dureté évidente, ce qui était peut-être dû à une transformation demi-cartilagineuse; mais le fait n'a point été vérifié par l'autopsie.

La vésicule peut se trouver plus ou moins distendue soit par un seul calcul vohumineux, ce qui est rare, soit par un grand nombre de calculs. Dans un cas de

colique hépatique qui se termina par la mort, M. le docteur Walker Wood (1) trouva dans la vésicule quatre-vingt-dix-huit calculs, dont quinze ou seize étaient gros comme des séveroles; les autres étaient gros comme des petits pois. Aucun de ces calculs n'était engagé dans les voies biliaires. Quelquesois il n'existe qu'un seul calcul d'un médiocre volume, et cependant les parois de la cavité l'embrassent fortement et lui sont accolés par tous les points; en pareil cas, il y a eu un retrait évident de la poche membraneuse. On a trouvé parsois la vésicule divisée en plusieurs loges par des cloisons plus ou moins complètes et des calculs dans quelques-unes de ces loges. Il n'est pas très rare de voir des adhérences de la vésicule aux organes environnants; parfois aussi, par suite d'une persoration, les calculs sont sortis de cette poche, et sont passés dans une cavité accidentelle sormée dans le tissu cellulaire environnant, soit du côté du foie, soit du côté de l'intestin; enfin on peut voir dans celui-ci des traces d'une perforation par laquelle la calcul a passé dans sa cavité. La résonnance gazeuse qu'on observait au niveau de h vésicule, dans le cas qui m'a été communiqué par M. Louis, et que j'ai plusieurs sois cité, ne pouvait pas laisser de doute sur la persistance d'une communication directe entre la cavité de l'intestin et celle de la vésicule, dont les parois s'étaient endurcies.

Les conduits de la bile participent souvent aux diverses lésions que je viens d'énumérer. En outre, ils présentent souvent une dilatation considérable; lorsqu'un calcul engagé dans leur extrémité inférieure a arrêté le cours de la bile, cette dilatation est marquée dans toutes les parties supérieures, sans en excepter la vésicule, qui peut acquérir des dimensions fort grandes. L'ette dilatation, par suite de la rétention de la bile, n'a lieu parfois que dans les premiers temps qui suivent l'engagement du calcul et l'oblitération du canal; car plus tard il peut survenir des altérations qui changent complétement l'état des choses; mais c'est un point sur lequel j'aurai à revenir dans un des articles suivants.

Dans la plupart des cas, et surtout dans ceux où, malgré la présence des calculs, le fluide biliaire a pu continuer à couler assez librement, celui-ci ne présente aucune altération appréciable; mais quelquesois il paraît plus épais, plus visqueux, et l'on y a trouvé des paillettes brillantes de cholestérine; dans d'autres cas, au contraire, la bile est décolorée, très fluide et semblable à de la sérosité. Ces altérations se remarquent particulièrement lorsque, par une cause quelconque, le cours de la bile a été interrompu ou considérablement gêné. J'y reviendrai aussi dans un des articles suivants.

Quant aux calculs eux-mêmes, ils ont été étudiés avec le plus grand soin sous tous les rapports. Il me serait facile d'en tracer ici une description très détaillés, mais il y aurait si peu d'utilité sous le point de vue pratique, que je crois devoir me contenter d'énoncer rapidement les principaux caractères de ces corps pier-reux. Parsois très nombreux, puisqu'on en a trouvé jusqu'à plus de trois mille (Morgagni), et quelquesois, comme en l'a vu plus haut, au nombre de deux ou trois seulement, ou même d'un seul, ils ont un volume très variable. Le plus gros qui ait été observé, à ma connaissance, est celui qui a été trouvé par Meckel, cité par les auteurs du Compendium; cette concrétion n'avait pas moins, en effet, disent ces auteurs, de 15 centimètres de long et de 12 centimètres dans sa grande circon-

⁽¹⁾ The Lancet, avril 1844.

férence. Il faut, comme on le pense bien, un volume beaucoup moins considérable pour remplir la vésicule. Quelquesois, au contraire, le volume des calculs ne s'élève pas au-dessus de celui d'un pois, et l'on a trouvé plusieurs sois dans la vésicule une simple poussière semblable à celle qui constitue la gravelle dans les affections des voies urinaires. Mais le plus souvent les calculs ont environ la gresseur d'une petite noisette.

Ils sont ordinairement lisses, onctueux et doux au toucher; leur couleur est verte, jaune, fauve, parsois blanche. Ils présentent quelquesois l'aspect métallique. Leur couleur varie suivant la substance qui entre en plus grande quantité dans leur composition.

Ils ont des formes très diverses: ils sont ovales, pyramidaux, cubiques, le plus souvent pentagones, ce qui résulte évidemment de leur contact quand ils sont en certain nombre dans la vésicule. Il n'est pas fréquent de les voir hérissés d'aspérités; c'est cependant ce que l'on observe quelquesois, et ce qui se voit principalement dans les calculs volumineux qui ont été longtemps embrassés étroitement par la vésicule, et n'ont pu se développer que dans les points en rapport avec les lacunes muqueuses; cette conformation colncide surtout, suivant les auteurs, avec les ulcérations et les diverses formes de l'inslammation chronique de la vésicule.

Ils ont une pesanteur spécifique très variable, et ne surnagent pas tous, à beaucoup près, quand on les met dans l'eau, comme l'ont cru quelques auteurs. Ils ont une consistance différente, suivant qu'ils sont formés de cholestérine ou de matière colorante; durs dans le premier cas, ils sont mous dans le dernier.

Ordinairement homogènes, formés soit de matière colorante verte, ce qui est le cas le plus commun, soit de cholestérine, ils peuvent avoir cette dernière substance comme noyau, tandis que la circonférence est formée par la matière colorante.

Mais je ne crois pas devoir entrer dans les détails donnés par les auteurs sur ce sujet, attendu qu'ils n'ont pas pour nous d'importance pratique réelle. Je me crois également dispensé d'exposer l'analyse chimique, qu'on trouvera facilement dans les ouvrages de Fourcroy, de Baillie (1) et des docteurs Marcet (2), Bouisson (3), Fauconneau-Dufresne (4).

§ VI. — Diagnostie; pronostie.

Le diagnostic des calculs biliaires est presque toujours impossible lorsque l'affection ne donne pas lieu à la colique hépatique ou à l'inflammation de la vésicule. Quelquesois cependant on a pu, par suite de la distension de cette poche, reconnaître la présence des calculs par la palpation et par la percussion; mais ces cas sont rares, et il suffit de les mentionner sans y insister davantage.

Dans les cas où les calculs ont produit l'inflammation de la vésicule, c'est celleci qui attire principalement l'attention, et nous avons vu plus haut (5) qu'il est impossible de s'assurer directement si cette inflammation est due ou non à la présence des calculs. Toutefois on devra regarder le fait comme extrêmement

⁽¹⁾ Anatomie pathologique.

⁽²⁾ Essai sur les affect. calculeuses; Paris, 1823, in-8.

⁽³⁾ De la bile, de ses variétés physiologiques, de ses altérations morbides; Montpellier, 1843, in-8.

⁽⁴⁾ Revue médicale, 1841. — La Bile et ses maladics, in Mémoires de l'Acad. de médec.; Paris, 1847, t. XIII.

⁽⁵⁾ Voy. article Inflammation des roies biliaires.

probable, puisque, comme nous l'avons constaté, c'est presque toujours à la présence des calculs qu'est due l'inflammation. Reste maintenant le diagnostic des calculs engagés dans les conduits biliaires et produisant la colique hépatique.

On pourrait consondre la colique hépatique, à son début, avec une péritonite commençante, et surtout avec une péritonite par perforation. Dans ces deux affections, en effet, il y a une douleur violente qui s'est brusquement produite, et nous avons vu que, dans la colique hépatique, on pouvait observer des vomissements opiniatres, une sensibilité vive de l'abdomen, une anxiété considérable, et même le froid des extrémités. Mais à une époque plus avancée, il est rare qu'on éprouve quelque difficulté à poser le diagnostic. Nous avons dit, en effet, que la colique hépatique se manifestait par des accès plus ou moins éloignés qui constiunient une attaque, et que si l'obstacle au cours de la bile persistait, l'ictère ne tardait pas à survenir. On observe en outre, au début des deux affections, des signes dissérentiels qui, bien que n'ayant qu'une valeur incomplétement appréciée, méritent d'être mentionnés. Nous avons vu que souvent le pouls restait calme au milieu des symptômes si violents de la colique hépatique; or c'est ce qui n'arrive janais dans la péritonite par perforation. De plus, s'il est vrai que, dans la colique bépatique, la douleur peut s'étendre à tout l'abdomen et déterminer une sensibilité marquée de cette cavité, on n'observe pas cette invasion rapide d'une douleur excessive et ne permettant pas le moindre contact sur les parois abdominales, qui caractérise la péritonite par épanchement; c'est, au reste, ce dont on peut s'assurer dans les cas où, dans le cours d'un accès de colique hépatique, il y a eu rupture du conduit et passage des calculs et de la bile dans le péritoine. Malheureusement les observations de ce genre n'ont pas été recueillies avec tout le soin désirable.

On a indiqué encore l'iléus comme pouvant être confondu avec la colique hépatique. Nous avons vu dans la description des maladies du tube intestinal (1) que ce mot iléus est un nom générique appliqué à des affections diverses qui ont pour résultat l'interruption du cours des matières fécales, et par suite des accidents graves. Ce sont ces accidents, considérés d'une manière générale, qui peuvent donser lieu à des erreurs de diagnostic. Voici ce que disent à ce sujet les auteurs du Compendium (2). « Nous avons été témoins de deux faits qui montrent jusqu'à quel point le diagnostic entre ces deux affections peut être difficile à établir. Deux malades qui n'avaient jamais en de jaunisse ni de douleurs hépatiques furent pris tout à coup de tous les phénomènes qui révèlent cet étranglement interne; on était encore dans le doute sur la nature du mal, que l'on traitait du reste comme un lièus, lorsque les douleurs cessèrent brusquement chez l'un d'eux à la suite de l'émission de calculs par le vomissement. Chez l'autre, un ictère apparut, et il fut entièrement délivré de son mal. Nous avons entendu M. Chomel citer des faits analogues. »

Il n'est donc pas douteux que quelques cas embarrassants peuvent se présenter an praticien; mais il ne suffit pas d'indiquer ce diagnostic difficile, il faut encore mentionner les signes propres à lever les difficultés. S'il s'agit de l'invagination intestinale, la déformation du ventre, la tumeur, la douleur dans un point de l'abdomen, servent à fixer le diagnostic. S'il y a engouement intestinal, on observe également la tumeur sormée par l'accumulation des matières sécales, et l'on

⁽¹⁾ Voy. t. II, articles Étrangl. intest. et Invagin. intest.

⁽²⁾ T. Let, Calculs biliaires, p. 557.

a en outre, pour se guider, la marche plus lente de l'affection. Reste donc l'étranglement interne proproment dit, et surtout celui qui est causé par le passage d'une anse d'intestin sous une bride. En pareil cas, le ballonnement rapide du ventre est le phénomène le plus important à noter sous le point de vue du diagnostic; reconnaissons, du reste, que ce sujet demande une étude beaucoup plus approfondie que celle qu'on en a faite jusqu'à présent.

Parmi les névralgies qui peuvent rendre le diagnostic difficile, on a encore cité la névralgie hépatique; mais je ne crois pas devoir en parler ici, parce que, un peu plus loin, j'entrerai dans une discussion qui me paraît nécessaire sur l'existence de cette névralgie, et qu'il sera temps alors de revenir sur ce point.

On a également cherché à établir des signes distinctifs entre la colique hépatique et les accidents occasionnés par certains calculs dans la cavité intestinale; mais ces derniers cas sont si rares, qu'il est peu important de s'en occuper, d'autant plus que nous n'avons à cet égard que des données extrêmement vagues.

Reste enfin la colique néphrétique. Ici les difficultés peuvent être fort grandes, surtout lorsque les douleurs sont occasionnées par l'engagement d'un gravier volumineux dans l'uretère. La douleur se produit brusquement, elle a les mêmes caractères, et l'anxiété du malade est la même. D'un autre côté, nous avons vu plus haut que, dans quelques cas, les douleurs de la colique hépatique s'étendaient précisément dans la direction de l'uretère du côté droit. Voici néanmoins les signes propres à faire éviter l'erreur:

D'abord, s'il est vrai de dire que, dans quelques cas, la direction et l'étendue de la douleur sont les mêmes, il n'est pas moins certain que ces cas sont fort rares. En second lieu, si l'on interroge convenablement le malade, on apprend qu'à des époques antérieures il a rendu avec les urines des graviers plus ou moins nombreux et volumineux. On observe la rétraction du testicule; l'urine est peu abondante, son excrétion est souvent difficile, on y trouve parfois un peu de sang; enfin, dans le cas où il existe une néphrite calculeuse, on constate un mouvement fébrile qui ne se rencontre pas dans la colique hépatique; et nous avons vu que, d'autre part, l'ictère est un phénomène fréquent de cette dernière, tandis qu'il ne se produit pas dans la colique néphrétique.

Un autre diagnostic a été établi par J. Frank; c'est celui que l'on est quelquefois appelé à poser entre la colique hépatique et l'empoisonnement par les poisons minéraux. Suivant cet auteur, voici comment on évite l'erreur dans cette circonstance importante:

Dans la colique biliaire, il y a des prodromes, le vomissement est modéré et a lieu par accès, la douleur est bornée à l'hypochondre et à l'épigastre: les matières évacuées ne présentent pas de traces de poison, et les commensaux du malade n'ont éprouvé aucun accident; tandis que dans l'empoisonnement l'invasion est subite, les vomissements continuels et immodérés, et la douleur de ventre générale. En outre, les matières contiennent des traces de poison, et ceux qui ont mangé avec les malades éprouvent les mêmes accidents. Ce diagnostic différentiel a une valeur réelle. Seulement l'auteur attache trop d'importance à l'invasion rapide de la maladie, qui a lieu, à n'en pas douter, dans un bon nombre de cas de colique hépatique, aussi bien que dans l'empoisonnement.

On voit, d'après ces détails, que le diagnostic des calculs biliaires qui déter-

minent des accidents graves a été étudié avec plus de soin que celui des autres affections des voies d'excrétion de la bile, et cependant il laisse encore beaucoup à désirer, tant les recherches sur tout ce qui concerne les maladies du foie sont incomplètes et insuffisantes.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1º Signes distinctifs de la colique hépatique et de la péritonite par perforation.

COLIQUE MÉPATIQUE.

Se montre par accès.

Saccompagne plus en moins promptement dirère.

La douleur occupe l'hypochondre et l'épizistre; le ventre reste indolore ou n'acquiert qu'une sensibilité à la pression ordinairement médiocre.

Pouls ordinairement calme, à moins que l'ansiété ne se prolonge très longtemps.

PÉRITORITE PAR PERPORATION.

Symptômes continus.

Point d'ictère.

Douleurs très vives dans le point de la perforation, s'étendant rapidement au reste de l'abdomen.

Pouls très accéléré, petit, misérable.

2º Signes distinctifs de la colique hépatique et de l'iléus.

COLIQUE HÉPATIQUE.

Affection souvent subite.

ictère.

Pas de déformation de l'abdomen. Pas de l'ineur.

ILÉUS.

Les symptômes, très graves, sont ordinairément précédés d'un état maladif de plus ou moins longue durée.

Pas d'ictère.

Dans l'invagination intestinale et l'engouement, tumeur, déformation du ventre; dans l'étranglement par une bride, météorisme ordinairement rapide.

le Signes distinctifs de la colique hépatique et de l'empoisonnement par les poisons minéraux (diagnostic posé par J. Frank).

COLÍQUE MÉPATIQUE.

Prodromes (signe douteux).

Vomissements modérés, par accès.

Douleurs se portant de l'hypochondre droit a l'épigastre.

les matières évacuées ne contiennent pas de traces de poison.

Ceux qui ont mangé avec le malade n'é-

EMPOISORREMENT,

Invasion subite.

Vomissements ummodérés, continuels.

Douleur générale du ventre.

Les matières vomies contiennent des traces de poison.

Coux qui ont mangé avec le malade éprouvent les mêmes accidents.

Pronostic. On pourrait croire, d'après les détails qui ont été présentés plus haut, que les calculs biliaires doivent être considérés comme une affection très grave: il n'en est cependant rient; car si les accidents que nous avons décrits sont très effrayants, et peuvent avoir parfois des résultats funestes, il ne faut pas oublier que, d'une part, ils se montrent dans la plus faible partie des cas de calculs biliaires, et, d'auttre part; ils se terminent presque toujours par le retour à la sué. Ce n'est que dans des cas qu'on peut regarder comme exceptionnels que les lésions concomitantes du foie, l'inflammation de la vésicule, la rupture des canaux entraînent la mort; il suffit néanmoins que cette terminaison puisse avoir lieu, pour qu'après une première attaque de colique hépatique, le malade se soumette aux précautions les plus sévères. Nous avons vu plus haut que le pro-

nostic devient grave lorsque les attaques se prolongent beaucoup et qu'un dépérissement marqué commence à se manifester.

§ VII. - Traitement.

Le traitement doit être divisé en traitement de l'affection calculeuse elle-même, et en traitement de l'attaque de colique hépatique.

- 1° Traitement de l'affection calculeuse. On est autorisé à entreprendre le traitement curatif des calculs biliaires, soit lorsque la présence de ces concrétions peut être déterminée par l'exploration directe, soit lorsque le malade a en une première attaque de colique hépatique. M. Fauconneau-Dufresne (1) pose ainsi les deux indications principales à remplir pour atteindre ce but :
 - 1º Dissoudre les calculs qui restent dans les voies biliaires;
 - 2° Empêcher qu'il ne s'en forme de nouveaux.

Éther; térébenthine. Parmi les médicaments qui ont été prescrits contre les calculs biliaires, il saut d'abord citer le remède de Durande (2), à cause de la célébrité dont il a joui. Ce remède est le suivant :

Remède de Durande.

Éther sulfurique..... 12 gram.

A prendre à la dose de 2 à 4 grammes par jour, dans du bouillon.

Après l'administration du remède, qui a lieu le matin, on sait boire du petitlait ou du bouillon de veau avec suffisante quantité de sirop de chicorée ou de violette. On doit continuer l'usage de ce moyen jusqu'à ce qu'on ait pris cinq cents grammes du mélange d'éther et de térébenthine. S'il survient une douleur marquée du côté du soie, ou des signes d'irritation de l'estomac, il saut suspendre l'administration du médicament.

On doit en même temps prescrire un régime doux, composé de viandes blanches rôties ou bouillies, de fruits, de légumes frais et de boissons délayantes. Lorsque les principaux signes de la présence du calcul ont disparu, on termise le traitement par l'administration de quelques purgatifs doux.

M. Martin-Solon (3) a modifié ainsi qu'il suit la formule de Durande:

7 Essence de térébenthine.... 10 gram. | Éther........... 5 gram. Cette formule diffère par la plus faible proportion de l'éther.

Durande a cité plusieurs observations à l'appui de ce traitement. Mais, d'use part, ainsi que l'ont remarqué MM. Trousseau et Pidoux, beaucoup d'éléments ont nécessairement manqué au diagnostic, de telle sorte que, dans la plupart des cas, il a dû être non seulement difficile, mais impossible de constater la présence des calculs dans la vésicule biliaire; et, d'autre part, Durande et les médecins qui ont suivi son traitement ont employé, ontre le mélange de térébenthine et d'éther.

⁽¹⁾ Mémoire sur les calculs biliaires.

⁽²⁾ Obs. sur l'effic. du mélange d'éther suif. et d'huile de térébenth., etc.; Strub. 1790.

⁽³⁾ Bull. gén. de thér., 15 avril 1849.

des moyens qui suffisent, dans la plupart des cas, pour saire disparaître, soit momentamément, soit pour toujours, les accidents graves ou légers auxquels donnent lieules calculs biliaires. De nouvelles recherches sont donc absolument nécessaires, et il saut convenir qu'elles sont très difficiles.

On a en outre reproché au remède de Durande de déterminer une irritation plus ou moins vive de l'estomac et d'être rejeté par le vomissement, comme cela est arrivé dans des cas observés par M. Bricheteau. Sœmmerring a proposé, pour remédier à ces inconvénients, de supprimer l'essence de térébenthine, qui lui paraît inutile, et de donner seulement un inélange d'éther sulfurique et de jaune d'euf; et de Gardane, cité par M. Fauconneau-Dufresne, a conseillé la préparation suivante, qui, en conservant l'essence de térébenthine, n'a pas, suivant ce médecin, les inconvénients précédemment indiqués:

J'ai insisté sur l'emploi de ce remède, parce que, comme je l'ai dit plus haut, il a joui d'une très grande réputation, et que des hommes du premier ordre, tels que Haller, Sæmmerring, Fourcrey avaient en lui une grande confiance; mais il ne peut pas être douteux pour nous que la plus grande partie de la vogue de ce remède ne soit due aux idées théoriques qu'on s'est formées sur son action. C'est, en effet, en se fondant sur la propriété qu'ont les substances qui entrent dans ce mélange de dissoudre la matière grasse des calculs biliaires, qu'on a regardé le remède de Durande comme efficace; or, quand même neus n'aurions pas, pour sous tenir en garde contre cette manière de voir, les objections présentées par M. Thénard et reproduites par M. Fauconneau-Dufresne, objections qui reposent sur l'impossibilité qu'éprouve le mélange à arriver pur et en quantité suffisante sur les calculs, nous a'en devrions pas moins exiger des recherches cliniques mieux faites que celles qui ont été publiées jusqu'à présent.

Un remède qu'on peut rapprocher du précédent, et qui a été administré aussi bien dans l'intention de déterminer la cure radicale des calculs biliaires que dans celle de mettre un terme aux coliques hépatiques, est celui qui a été recommandé par le docteur Rinna von Sarenbach (1), et qui consiste dans un mélange de térében-thine, de savon, de rhubarbe et de cique aquatique; il suffit d'indiquer ce moyen, sur lequel l'expérience ne nous a pas suffisamment fixés.

Il en est de même du savon térébenthiné, recommandé par J. Frank (2), et que l'on obtient de la manière suivante :

7 Huile d'amandes douces. At 30 gram. Huile de térébenthine..... 20 gram. Soude caustique..... 30 gram.

Liquéfiez la térébenthine avec l'huile d'amandes douces. Après un léger refroidissement, ajoutez l'huile de térébenthine, et peu à peu ensuite la soude réduité en poudre très îne, jusqu'à ce que vous obteniez une masse savonneuse. Si l'alcali prédominait, ajoutez de l'huile de térébenthine en quantité nécessaire pour le saturer.

Pour l'administration du médicament :

⁽¹⁾ Repert. der verts. Operat., etc., Wien, 1835.

⁽²⁾ Prax. med., pars III, De calcul. bil.

2 Savon térébenthiné...... 4 gram. | Extrait de pissentit...... 30 gram. | Mêlez exactement. Faites des pilules de 15 centigrammes. Dose : de 4 à 8, deux fois par jour.

Alcalins. Viennent ensuite les médicaments alcalins, mis en usage par un grand nombre de médecins, toujours dans des idées théoriques empruntées à la chimie. L'acétate, le carbonate, l'hydrochlorate de potasse, ont été prescrits à des doses variables. Arnemann faisait prendre matin et soir de deux à quatre grammes de carbonate de potasse. On a quelquesois prescrit l'acétate conjointement avec une autre préparation qui jouit d'une grande réputation contre les coliques hépatiques. c'est le suc d'herèes fondant. Voici comment on doit formuler ce mélange :

Suc d'herbes fondant alcalin.

Acétate de potasse..... \$ gram.

A prendre en deux fois, le matin à jeun.

Sæmmerring avait une grande consiance dans les sels alcalins, et prescrivait l'hydrochlorate d'ammoniaque, de soude, de potasse, ou hion l'acétate de potasse. R. Whytt recommandait l'usage de l'eau de chaux, que l'on peut danner à la dost de 4 à 8 grammes, deux sois par jour, dans une tasse de lait.

Il est tout naturel qu'on ait prescrit les eaux minérales alcalines. Aussi a-t-co recommandé fortement les eaux de Vichy, de Saint-Nectaire, de Carlshad, de Plombières, de Bussang; celles de Baden, de Balaruc, etc. Les eaux de Carlshad, en particulier, jouissent de la plus grande réputation en Allemagne, et celles d'Vichy sont recommandées en France dans les cas de calculs biliaires aussi bien que dans les obstructions du foie (1). Ces eaux doivent être prises en éaix et en boisson.

Tels sont les principaux moyens qui ont été proposés pour faire disparaître complétement les calculs; mais nous avons vu dans le cours de cette exposition combien il était incertain qu'on eût quelquesois atteint ce but. Cependant j'ai eru devois indiquer ces médications, afin qu'on pût les soumettre à une nouvelle expérimentation. Restent maintenant d'autres moyens proposés par quelques auteurs isolétet qui n'ont même pas pour eux la confiance des praticiens : il me suffit, par conséquent, de les mentionner en passant. Ce sont : la racine de la grande ché lidoine, proposée par Creutzbauer, de pareira brava, vantée par Geoffroy (2); l'aside metrique, proposé par Richelmi, et même le suc des mille-pieds et des lombrics terrestres.

2° Traitement de la colique hépatique. — Émissions sanguines. Les émissions sanguines ont été proposées par un certain nombre d'auteurs. Quelques uns, parmi lesquels il sant citer J. Frank, prescrivent la saignée générale, mais c'est une pratique qui est rarement imitée. En général, on présère l'application d'un nombre plus ou moins considérable de sangsues sur l'hypochondre droit et au aireau de la

⁽¹⁾ Voy. Cu. Petit, De l'action des caux minérales de Fichy, etc.; Paris, 1850.

⁽²⁾ Hist. de l'Acad. des sciences, 1710.

vésicule biliaire. Morgagni recommande l'application des sangaues, principalement des le but de prévenir l'inslammation. Les ventouses scarifiées pourraient être appliquées au nombre de huit, dix ou douze, à plusieurs reprises et avec les mêmes avantages.

Narsotiques. Il n'est pas de médicament qui soit plus généralement mis en usage que les narcotiques, et on le conçoit sans peine, puisqu'il s'agit d'une affection où les douleurs sont si violentes. L'opium est administré à la dose de trois à cinq centipremmes et à plusieurs reprises dans la journée. On peut en même temps ordonper le lavement suivant :

Van-Swieten, Quarin (1) et Portal insistent sur l'utilité de cette médication. Il ne faut pas craindre, en élevant la dose de l'opium, de déterminer un certain degré de narcotisme dans les cas où les douleurs sont excessives. Toutefois il ne serait pas prudent de porter cette dose à plus de 20 centigrammes d'opium par jour, et encore faudrait-il avoir soin de le donner à doses fractionnées.

Le docteur Lolatte (2) a beaucoup vanté la belladone dans ce qu'il a appelé l'ictéricie calculeuse. Cette substance doit être administrée en extrait aux mêmes doses ou à des doses un peu plus élevées que l'opium, et, en outre, on pratiquera des onctions, sur toute l'étendue de la région hépatique, avec la pommade suivante:

Le docteur Rinna de Sarenbach insiste principalement sur l'utilité de ce moyen. La jusquiame noire, le lactucarium et les autres narcotiques penvent être prescrits d'une manière analogue.

Les lavements de tabac ont été recommandés par le docteur Craigie (3); ils ont pour but, non seulement d'engourdir la douleur, mais encore de faciliter la sortie du calcul des voies biliaires.

Antispasmodiques. Les antispasmodiques ont été aussi sortement recommanlés. Huseland et le docteur Rinna recommandent l'eau de laurier-cerise. M. Bricheteau (4) présère à l'emploi de l'opium celui de la teinture de castoréum, que l'on peut prescrire ainsi qu'il suit:

7 Eau distillée de tilleul..... 120 gram. Sirop de fleurs d'oranger.... 30 gram. Teinture éthérée de castoréum. 2 gram.

A prendre par cuillerées.

Purgatifs. Les purgatifs sont d'un usage habituel, et ils ont été recommandés par tous les auteurs; mais ce n'est jamais, ou presque jamais, aux purgatifs violents qu'on a eu recours. On s'est contenté le plus souvent de donner l'huile de ricin à la dose de 30 à 40 grammes; le sulfate de magnésie ou de soude à la dose

⁽¹⁾ Advers. Pract., 1814.

⁽²⁾ Osservat. medico di Napoli, settemb. 1833.

⁽³⁾ Lond. medic. and sury. Journ., octobre 1824.

⁽⁴⁾ Mém. de la Soc. méd. d'émul., t. IX.

de 15 à 20 grammes, et d'autres laxatifs qui n'out rien de particulier. Le but qu'on se propose est de déterminer une sécrétion plus abondante de bile qui, poussant les calculs, les sasse tomber dans l'intestin.

Le calomel, qui a été préconisé par quelques auteurs, ne mérite, d'après lieberden (1), aucune préférence, et même doit être abandonné, pour recourir aux autres purgatifs. Ceux qui l'ont administré ne l'ont guère donné qu'à la dose de quarante à cinquante centigrammes, c'est-à-dire à dose minorative.

Vomitifs. Quant aux vomitifs, s'ils ont trouvé quelques approbateurs, il y a en un bien plus grand nombre de médecins qui les ont proscrits. Parmi les premiers, il faut citer Saunders, qui voulait qu'on donnât de faibles doses d'ipécacuanha, et Cullen (2), qui recommande les vomitifs, à cause des mouvements qui, comprimant les viscères de l'abdomen, peuvent contribuer à l'expulsion de la bile. Mais parmi ceux qui ont rejeté l'emploi de ce moyen, nous comptons F. Hoffmann et Morgagni, qui se sont fondés sur des cas d'hématémèse et de rupture des conduits biliaires, accidents mortels dont quelques cas ont été cités, et qui ont été attribué aux secousses produites par les vomitifs. Peut-être a-t-on attribué à tort à l'action fâcheuse de ces médicaments ce qui n'était que l'effet d'une simple coincidence. Toutefois, dans le doute où nous sommes, il est prudent de s'abstenir de cette médication, malgré les avantages qu'on lui a supposés. Il est même nécessaire, lorsque les vomissements sont opiniâtres et fatiguent beaucoup les malades, d'avoir recours à des moyens propres à les faire cesser.

Antivomitifs. C'est dans ce but qu'on prescrit la potion antivomitive de Rivière, sou bien celle de De Haen, qui a en outre l'avantage de contenir des substances autispasmodiques et narcotiques. Voici sa composition :

Polion antivomilive de De Haen.

Sirop de limon Liqueur d'Hoffmann	32	gram.	Laudanum de Sydenham Eau de menthe Eau de mélisse	32	gram.
A					

A prendre par cuillerées.

L'eau de Seltz, la limonade gazeuse, doivent être également prescrits dans ce but.

La glace a été aussi mise en usage, et l'on a eu recours au froid, non-seulement à l'intérieur, mais encore à l'extérieur. M. Bricheteau en particulier (3) recommande l'ingestion fréquente de petites quantités de glace. Pour l'application externe, on met des fragments de glace dans une vessie qu'on applique sur l'hypochondre.

Émollients. Mais dans le plus grand nombre des cas, on a recours aux boissons et aux applications émollientes. L'infusion de mauve, de sureau, etc., est donnée à une température modérée, et des somentations ou des cataplasmes sont appliqués sur toute la région hépatique.

Je n'ai point indiqué l'électricité, dont le docteur Hall (4) vante les bons effets, parce que nous n'avons aucun détail sur l'emploi de ce médicament qui n'a pas été mis en usage par d'autres médecins.

- (1) Medic. Transact., t. II: London, 1772.
- (2) First lines, etc., 1826.
- (3) Clin. de l'hopital Necker : Paris, 1836.
- (4) The Americ. Records, etc., 1821.

Précautions générales; régime; hygiène. Il est inutile de dire que pendant les accès de colique hépatique le malade doit être tenu au régime le plus sévère. L'une fois l'accès passé, et lorsqu'il ne reste plus qu'une légère douleur locale avec la faiblesse qui est la suite naturelle de ces attaques, il doit suivre un régime deux, se livrer à un exercice modéré, éviter toute contention d'esprit, et attendre, pour reprendre ses occupations, que les accidents dont nous avons parlé ne laissent plus aucune trace. Comme, malgré les assertions de quelques auteurs, nous ne savons nullement quelles sont les substances dont l'usage favorise le développement des calculs biliaires, nous n'avons rien de plus à dire sur le régime.

3º Moyens chirurgicaux. G'est à J.-L. Petit qu'on rapporte l'idée d'ouvrir la vésicule pour saire l'extraction des calculs de la vésicule biliaire, comme en le fait pour les calculs de la vessie; mais beaucoup d'auteurs ont eu le tort de lui attribuer l'opinion que l'emploi de ce moyen chirurgical est propre à la plupart des cas. J.-L. Petit, en effet, n'a proposé l'opération que lorsque les calculs biliaires peuvent être sacilement reconnus, et, ce qu'il importe bien plus encore de constater, lorsque l'on peut s'assurer que des adhérences se sont produites entre la vésicale biliaire et la paroi abdominale. Or ces cas, comme on le voit, rentrent précisément dans ceux où l'inflammation s'est emparée de la vésicule biliaire, et où l'en doit agir, par conséquent, comme neus l'avons indiqué en parlant de cette dernière affection. Ce qui prouve que telle était réellement l'opinion de J.-L. Petit, c'est l'attention qu'il met dans le diagnostic à rechercher l'empâtement, la rougeur des tissus au nouveau de la vésicule biliaire, empâtement et rougeur qui. ainsi que nous l'avons vu, indiquent la formation d'un abcès. Boyer (loc. cit.) est plus explicite encore, et veut que l'ouverture ne soit pratiquée que dans les cas d'abcès bien confirmé. C'est à cette dernière opinion que se sont arrêtés la plupart des praticiens; cependant quelques uns, parmi lesquels il faut citer le professeur Chelius, pensent qu'on peut opérer alors même que la vésicule n'a acquis aucune adhérence, et seulement lorsqu'une tumeur de la vésicule contenant des calcu's ze manifeste, en même temps que des accès violents de colique hépatique. Chelius propose à ce sujet un procédé d'ouverture de la tumeur qui tient en partie de celui de M. Bégin et de celui de M. Jobert (1). Voici ce procédé.

PROCEDE DE CHELIUS.

Faites à la peau qui recouvre la tumeur une incision de 4 à 5 centimètres; toupez ensuite les muscles dans une étendue d'autant moindre que vous vous approcherez du péritoine. Arrivé à cette membrane, portez le doigt dans le sond de la plaie, et assurez-vous par là si la vésicule est ou n'est pas adhérente; dans ce dernier cas, ou seulement s'il existe quelque doute, au lieu de continuer l'incision avec le bistouri, plongez dans la tumeur un trois-quarts sid, et laisez sa canule dans l'intérieur de la vésicule pendant tout le temps nécessaire pour la formation des adhérences.

J'ai indiqué ce procédé, mais saus prétendre qu'on doit y avoir recours; car, ainsi que nous l'avons dit plus haut, rien ne prouve que l'extraction des calculs doive être faite lorsqu'il n'y a pas eu sormation d'un abcès, seul signe positif de la

⁽¹⁾ Foy. p. 162 el 197.

production d'adhérences solides. Il serait inutile d'insister sur cette partie du traitement qui demande de nouvelles recherches de la part des chirurgiens.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

- 1º. Traitement pour la cure radicale des calculs. Remède de Durando; savos sérébenthiné; solutions alcalines; caux minérales salines.
- 2º Traitement de la colique hépatique. Émissions sanguines; nancotiques; antispasmodiques; purgatifs; vomitifs; antiémétiques; applications émolientes; régime; soins hygiéniques.
- · 3° Mayens chirurgicaux. Ouverture de la vésicule par le procédé du professeur Chelius.

ARTICLE HI.

RÉTENTION DE LA BILE.

La plupart des auteurs modernes ont étudié séparément les divers états pathologiques qui peuvent donner lieu à la rétention de la bile, sans faire de cette rétention une affection particulière qui mérite d'être étudiée à part. Cependant, si l'on examine la question sous le point de vue pratique, on voit qu'il est tout aussi nécessaire de considérer cette rétention de la bile comme une affection particulière (1), que de consacrer un article séparé à la rétention d'urine. Les divers états organiques, très intéressants à étudier en détail pour l'anatomie pathologique, ne rempliesent plus pour le praticien que le simple rôle de causes efficientes; c'est ce qu'avait très bien senti J.-L. Petit, qui a présenté dans un article de sen Méquire (2) le parallèle de la rétention de la bile et de la rétention d'urine. C'est donc sous ce point de vue que nous allons étudier l'accumulation de la bile dans la vésicule, par suite d'un obstacle quelconque à son écoulement dans l'intestin.

§ I. — Division.

La rétention de la bile se fait dans le foie ou dans la vésicule, ou dans ces deux parties à la fois, suivant le point des voies biliaires où se trouve l'obstacle qui en est la cause. Si l'obstacle occupe le canal cystique, la rétention a lieu seulement dans la vésicule. Si le canal hépatique est seul obstrué, il y a rétention de la bile dans le foie, et la vésicule, au contraire, est vide. Enfin, si les obstacles occupent ces deux conduits à la fois, ou, ce qui est bien plus fréquent, s'ils ont leur siège dans lé canal cholédoque, il y a à la fois rétention de la bile dans la vésicule et dans le foie. Cette division est très importante, car si la rétention de la bile dans la vésicule peut, dans certains cas, être assez facilement reconnue, il n'en est plus de même de la simple rétention de la bile dans le foie, et l'on aurait tort, par conséquent, de l'onclure de l'impossibilité du diagnostic dans certains cas à l'impossibilité dans tous.

S II. — Causes.

Parmi les affections que nous avons déjà étudiées, il en est une qui est une papse assez fréquente de la rétention de la bile : ce sont les calcula biliaires : en pareil cas, la rétention peut être momentanée ou permanente. Elle est mo-

(2) Loc. oit., art. 11, p. 128.

^{. (1)} PAUGORMAU-DUFRESSE, De la Bile et de ses maludies, dans Mêm. de l'Acud. de médet., t. XIII, p. 144.

: 1

mentanée lorsque l'attaque se termine par la chute du calcul dans l'intestin, et permanente lorsque le calcul s'établit à demeure dans un des conduits biliaires.

Nous avons vu à l'article Vers intestinaux que, d'après quelques auteurs, des lombries peuvent s'introduire dans les voies biliaires pendant la vie. On conçoit que si le lombrie est volumineux, il peut en résulter une occlusion du conduit, et, par suite, rétention de la bile. Lieutaud (1) cite un exemple curieux d'occlusion du canal cholédoque par un ver lombrie volumineux, occlusion qui avait déterminé la rétention de la bile dans la vésicule et dans le foie.

Une compression exercée, soit par des brides cellulo-fibreuses résultant d'une inflammation des organes environnants, soit par une tumeur, peut donner lieu aux mêmes résultats.

On a trouvé les conduits biliaires complétement effacés, par suite de l'adhésion de leurs parois entre elles; et cette adhésion a été naturellement attribuée à une infammation; d'après les recherches de Baillie (2), c'est le canal cholédoque qui est le plus souvent affecté de cette occlusion.

L'inflammation aigué des canaux bissaires peut produire la distension de la véscule par la bile, et même la rupture de cette poche. M. Andral en rapporte un exemple dans sa Clinique. Cet auteur range aussi parmi les causes de l'oblitération des voies bissaires l'inflammation violente du duodénum.

On doit ajouter à ces causes les tumeurs de ce dernier organe, ayant leur siège au niveau de l'ouverture du canal cholédoque, et surtout les tumeurs de nature concéreuse. Ces tumeurs peuvent même se développer dans le canal cholédoque hi-même, comme M. Cossy en a recueilli un exemple à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Louis.

On a encere regardé comme pouvant donner lieu à la rétention de la bile, par mite de l'occlusion des voies biliaires, la contraction spasmodique des canaux. Ce qui a fait admettre cette opinion, c'est l'apparition de l'ictère et parfois de l'accumulation de la bile dans la vésicule, à la suite d'une émotion vive; mais c'est la une question sur laquelle j'aurai à revenir lorsque je présenterai la description de l'ictère simple ou spasmodique.

Reste maintenant une esuse dont l'existence n'est pas aussi généralement admine: c'est l'invagination du canal cholédoque. M. Mec-Kreen, cité par les auteurs du Compendium, dit avoir vu un cas de rupture de la vésicule qui n'avait pas d'autre cause que cette invagination.

Quant à la rétention de la bilé occasionnée par le simple épaississement de ce liquide, en ne saurait l'udmettre, puisque Portal, le seul qui l'ait indiqué, n'a cité aucun sait concluent en faveur de l'existence de cette cause.

Telles sent les principales causes organiques de la rétention de la bile; il faut appliquer à toutes ce que j'ai dit plus haut à propos du siège de l'oblitération. Les principaux accidents consécutifs dépendent, en effet, uniquement du point occupé par l'eblitération, et nullement de la nature de l'obstacle.

S III. — Symptômes,

Les symptômes sont, je le répète, très différents, suivant que l'obstacle occupe tel on tel conduit; il importe donc de suivre ici la division tracée plus haut.

12) Antil. pathol.

⁽¹⁾ Hist. anatom. medic., t. Ler, p. 210.

1º Rétention de la bile par suite d'un obstacle dans le canal hépatique. C'est là l'espèce la plus difficile à reconnaître. Les signes auxquels elle donne lieu, quelle que soit la nature de l'obstacle, sont une gêne, une pesanteur, quelquesois une douleur réelle dans l'hypochondre droit: dans quelques cas aussi, on peut constater par la palpation et la percussion une augmentation de volume de l'organe, sans changement de forme, s'il n'y a pas de complication. Il survient en outre un ictère intense, et des troubles variables du côté du tube digestif, dont les principatik sont les vomissements bilieux, la constipation et la décoloration des selles. En même temps les urines prennent la coloration jaune rougeatre qu'elles ent dans les cas d'ictère.

i**ž** s

•()

150

٦,

3.

4

1

i f

Y.

:

:3,

1

è

•

ij

77

Y

16

:

14

Q

G

3

Si l'occlusion du canal hépatique est due à l'engagement d'un calcul biliaire, on observe en outre les accès de colique hépatique décrits plus haut.

2º Rétention de la bile due au rétrécissement ou à l'occlusion du canal cyetique. Dans les cas de ce genre, l'ictère, la constipation, la décoloration des selles, la coloration des urines, en un mot tous les symptômes qui dépendent de la présence de la bile dans le sang, peuvent complétement manquer, puisque le fluide biliaire peut passer librement du foie dans l'intestin, à travers le canal hépatique et le canal cholédoque. Il ne reste donc, comme appartenant en propre à la maladie, que les signes locaux dus à la distension souvent excessive de la vésicule; mais c'est là un caractère appartenant également à la rétention de la bile occasionnée par un obstacle dans le canal cholédoque, et j'en parlerai après avoir présenté les symptômes de cette dernière espèce.

3° Rétention de la bile due à un obstacle dans le canal cholédoque. C'est là le cas le plus fréquent et dans lequel on voit réunis le plus grand nombre de symptômes. Nous trouvons, en esset, d'abord ceux qui appartiennent à l'occlusion du canal hépatique, c'est-à-dire la pesanteur, la gêne dans la région du soie, l'ictère intense et toutes ses conséquences, et de plus les symptômes causés par la distension de la vésicule; ceux-ci méritent une description particulière.

Distension de la vésicule. Après des accidents de colique héputique, dans les cas où l'occlusion des voies biliaires est due soit à l'engagement d'un calcul, soit à l'entrée d'un lombric dans le canal cholédoque; ou bien à la suite de symptômes de plus ou moins longue durée, lorsque l'obstacle est sormé par une tumeur, par une bride ou par l'inflammation adhésive, et quelquesois même sans aucun phénomène qui ait attiré particulièrement l'attention, on voit survenir au-dessous de rebord des sausses côtes ou plus bas, suivant que le soie est volumineux on non, une tumeur quelquesois très considérable et offrant les caractères suivants:

La peau n'a point changé de couleur : elle est souple, mobile, non codématiée, en un mot elle a conservé son état normal. La tumeur est arrondie, elle ne présente point de dureté environnante ; la fluctuation se fait sentir dans toute an circonsérence, et dans quelques cas, comme on en a cité des exemples, en compriment lentement et pendant un certain temps sa partie la plus saillante, on pout es diminuer le volume et faire couler la bile dans l'intestin : c'est, en effet, ce qui avait lieu dans un cas cité par J.-L. Petit. En même temps on peut, s'il existe des calculs nombreux dans la vésicule, reconnaître leur présence en déterminant le bruit de collision.

En pareil cas, la percussion vient d'une manière esticace en aide au diagnostic.

On recennait en effet facilement la matité due au gonfiement de la vésicule biliaire, et l'on circonscrit cette matité de manière à distinguer la forme et la dimension de l'organe affecté, ce qui ne laisse plus aucun doute dans les cas de simple rétention de la bile. Ces diverses manœuvres peuvent produire une douleur assez vive; mais le plus seuvent la douleur est nulle ou presque nulle, et lorsqu'elle existe, elle n'est jamais aussi considérable que dans les cas d'abcès de la vésicule.

Je viens d'indiquer les cas dans lequels les choses se passent de la manière la plus simple; mais quelquesois, par suite de la distension extrême de la vésitule biliaire, les signes sont très disserents. Et d'abord le siège de la tumeur peut être très éloigné du point occupé à l'état normal par la vésicule biliaire. Dans le cas recueilli par M. Cossy, la tumeur sormée par cette poche distendue commençait à peu près au niveau de l'extrémité antérieure de la dixième côte, et descendait verticalement jusqu'au rebord de l'os iliaque. En ontre, cette tumeur était dure, on n'y sentait pas de fluctuation, et enfin la douleur à la pression était très grande. On voit combien, dans ce cas, le diagnostic était dissicile.

Ce qui vient encore rendre dissicle à distinguer les symptômes de la rétention de la hile, ce sont les complications fréquentes qui se manifestent principalement du côté du soie, car la plupart des affections de cet organe peuvent coîncider avec cette rétention.

La rétention de la hile, ai-je dit, est passagère ou permanente. Dans le premier cas, elle est due presque toujours à l'engagement d'un calcul biliaire dans les conduits, et alors on observe les symptômes de colique hépatique décrits plus haut; dans le second, il y a gonfiement de plus en plus considérable de la portion des conduits situés au-dessus de l'obstacle, et tantôt on voit la rétentiou biliaire dégénérer en simple hydropisie de lu vésicule, lésion dont je dirai un mot plus hin; tantôt la distension extrême donner lieu à la rupture de cette poche ou d'une autre partie des conduits dilatés, la hile s'épancher dans le péritoine et occasionner une péritonite suraigué promptement mortelle.

Dans les cas où l'obstacle au cours de la bile vient à disparaître, le liquide coule en abondance dans l'intestin, et aussitôt le malade, éprouvant le besoin d'aller à la garde-robe, rend des matières liquides, abondantes, ordinairement colorées en vert foncé par le liquide biliaire. Si l'obstacle était dû à la présence d'un calcul, on le retrouve dans la matière des selles, et quelquesois même on y en rencontre un grand nombre qui ont pu s'échapper après que le premier a déterminé la dilatation des canaux.

§ IV. - Marche; durée; terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est, comme on vient de le voir, différente suivant les cas. De même, en effet, qu'il y a des accès de colique hépatique, de même, dans les cas d'engagement de calculs dans les conduits biliaires, il peut y avoir des accès de rétention de la bile, accès qui ne diffèrent, ni pour leur durée, ni pour les intervalles qui les séparent, de ceux de la colique hépatique. Dans les cas, au contraire, où il se forme un obstacle permanent, la maladie est continue. Cependant, si cet obstacle n'est pas suffisant pour oblitérer complétement les canaux, il peut arriver que dans certains moments, la bile s'écoulant dans l'intestin en plus ou moins grande quantité, la distension de la vésicule et les autres symptômes de la rétention biliaire se dissipent

plus ou moins complétement, pour se reproduire plus tard. C'est ce qui avait lieu dans le cas cité par J.-L. Petit, et dont j'ai parlé plus haut.

La durée de l'affection est tellement variable, qu'il est impossible de lui assigner des limites, même en tenant compte de la diversité des cas. Quant à la terminaison, nous avons vu plus haut qu'elle pouvait être fâcheuse, par suite des progrès de la maladie elle-même, et sans complication, car la rupture des voies biliaires peut être la conséquence de leur distension. Quelquesois la bile s'altère, prend des caractères particuliers, et l'affection se termine par l'hydropisie de la vésicule; dans d'autres circonstances, des affections survenues dans d'autres organes emportent les malades; enfin le plus souvent la terminaison est heureuse, l'obstacle au cours de la bile disparaît, et ce liquide coule en abondance dans l'intestin : c'est ce qu'on observe dans les ças de colique hépatique.

. S V. - Lésions anatomiques.

Il serait inutile de s'étendre longuement sur les lésions anaiomiques: tout ce qu'il importe de dire ici, c'est que, non seulement la vésicule, mais encore les toutaits biliaires peuvent être extrêmement dilatés au-dessus de l'obstacle. C'est ainsi qu'on a vu le canal thiolédoque acquérir la grosseur de l'intestin grêle, les céndults hépatiques devenus gros comme les ramifications de la veine porté (Cruveilhier), et enfin tous les conduits biliaires être assez voluminent pour disténdre l'épigastre et l'hypochondre droit (Todd, cité par M: Littré). Quant à la vésicule, nous avons vu plus haut qu'elle pouvait prendre des dimensions énormes. Aussi a-t-on pu y trouver jusqu'à à kilogrammes de liquide.

Les parois de la vésiculé et des conduits dilatés acquièrent une épaisseur considérable, due principalement à l'hypertrophie de la membrane moyenne, où se remanquent des fibres distinctes; c'est ce qui explique leur résistance et le peu de fréquence de leur rupture : cependant cette rupture peut avoir lieu par le fait seul de la distension, etérnité on en voit un exemple dans les observations de M: Andral. En pareil cas, la dilatation s'est faite rapidement. Le plus souvent la rupture est favorisée par l'inflatimation chronique des parois et par leur ulcération; on trouve alors des calculs, orditairement en grand nombre, qui ont causé ces lésions. On tonçoit, d'après ces dispositions, comment les conduits biliaires ont pu donner passage à des calculs très volumineurs.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'insister plus longtemps sur ces faits; et je me tentente d'ajouter que la rupture de la vésicule donne lieu; lotsique la bile s'épanche dans le péritoine, ce qui est le cas le plus ordinaire; aux lésions de la péritonite suraigue, dont il sera question plus tard.

§ VI. - Diagnostie; pronostie.

En exposant la description des symptômes, j'ai insisté principalement sur ceux qui peuvent être utiles pour le diagnostic. Il y a, comme on l'a déjà vu, deux choses à rechercher dans ce diagnostic : 1° distinguer la rétention de la bile des autres affections avec lesquelles on pourrait la consondre ; 2° reconnaître la cause qui a produit cette rétention. Nous allons examiner successivement ces deux points.

1" Parmi les affections avec lesquelles on peut consondre la rétention de la bile, nous trouvons d'abord les abcès de la vésicule. J'ai exposé plus haut, en détail, ce diagnostic, et il me suffira de le reproduire dans le tableau synoptique.

Viennent ensuite les abcès du fois. On pourrait croire que la situation de ves abcès et les signes locaux auxquels ils donnent lieu sont suffisants pour faire toujours éviser l'erreur. Cependant cette erreur à été plus d'une fois commise. Je né peux mieux faire, à ce sojet, que d'indiquer les signes rassemblés par Bover pour faire distinguer ces deux affections:

Les signes, dit cet auteur, qui distinguent les tumeurs de la vésicule d'avec les abcès qui se forment à la partie inférieure du foie, près du rebord des côtes, unt l'accroissement rapide de la tuméfaction extérieure dans l'hypochondre droit; a circonscription, la fluctuation manifeste dans toute son étendité, la inclièsse et in mobilité des téguments qui la couvrent, et qui ne s'endématient que lors de la suppuration, mais sans dureté ni gonflement à la circonférence de la tumeur. L'abcès du foie est la suite d'une inflammation; il est lent à se former et à se manifester; la tumeur qu'il produit n'est pas circonscrite; elle s'étend aux parties voisines, et rend les téguments cedémateux : la fluctuation du pus est tardive, difficile à juger; cle n'est d'aberd apparente que dans le centre de la tumeur, puis elle s'étend à la circonférence à mesure que la suppuration augmente. Son pourtour reste dur et gonfé, qu'el que soit le degré de la suppuration.

Les cas que je viens de mentionner sont les plus ordinaires; mais, ainsi que je l'ai dit plus haut, les choses peuvent se présenter dans un tel état; que le disgnostit devient extrémement difficile. Voici à ce sujet les réflexions présentées par M. Cossy, à propos du cas que j'ai mentionné plus haut: « Relativement, dit-il, au diagnostic, je ferai remarquer que, malgré la réunion des symptômes les plus constants de la rétention de la bile, c'est-à-dire de l'ictère, de la décoloration des matières fécales, et surtout de la tumeur arrondie formée par la vésicule biliaire distendue, le diagnostic était loin d'être aussi facile qu'on pourrait le croire au premier abord. Il fallait, eti effet, établir que la tumeur, que l'on sentait depuis la dernière côte jusque vers la crête iliaque droite, était réellement formée par la vésicule biliaire distendue, et non par une collection purulente du foie; un kyste, un développement anormal du lobe droit et de cet organe. Or cette distinction n'a pu être nettement établie; car, d'une part, la vésicule, extrêmement volumineuse, occupait un point où il n'était pas facile de supposer sa présence, et, d'autre part, sa tension étalt tellement grande, qu'elle donnait au palper la sensation d'un corps solide...»

Je me contente de citer ces réslexions sort justes, pour montrer combien le

diagnostic peut, dans certains cas, offrir de difficultés.

2º Si maintenant nous voulons rechercher à quelles causes on doit attribuer la rétention de la bile, nous voyons que les accès de colique hépatique servent à laire reconnaître que la maladie est causée par l'engagement d'un calcul biliaire, et que tous les doutes sont levés lorsqu'un ou plusieurs calculs ont été rendus par les selles. Si, avec ces accès, on observe l'ictère et ses conséquences sans distension de la vésicule, on pourra croire que l'obstacle occupe le canal hépatique; si, au contraîre, la vésicule est distendue sans qu'il y ait ictère, on sera porté à admettre l'existence d'un obstacle dans le canal cystique, et enfin la distension de la vésicule et l'ictère, coincidant ensemble, feront connaître que l'occlusion occupe le canal cholédoque.

L'apparition lente de la dilatation de la vésicule, de l'ictère et des divers autres signes que je viens de mentionner, sera soupçonner que l'obstacle s'est developpé

lentement, et qu'il est dû par conséquent à l'occlusion produite par l'inflammation qui résulte de la compression exercée par les tumeurs voisines, ou par le développement d'une tumeur, soit dans le duedénum, soit dans le canal cholédoque. L'existence d'un cancer dans le foie ou dans l'estomac portera à admettre que la tumeur est de nature cancéreuse. Si la rétention de la hile était causée par l'entrée d'un ver lombric dans le canal cholédoque, comme dans le cas cité par Lieutaud, il serait impossible d'arriver au diagnostic de la cause; on pourrait tout au plus la soupçonner, si un certain nombre de vers lombrics était rendu par les selles ou par le vomissement.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° Signes distinctifs de la rétention de la bile et de l'abcès de la vésicule biliaire. (Diagnostic posé par J.-L. Petit.)

RÉTENTION DE LA BILE.

Douleur moins vive; non pulsative.

Disparati promptement, sans malaise consécutif (signe douteux).

Fluctuation promptement manifeste; occupant toute la tumeur,

Pas de dureté, ni d'empâtement.

Prissons irréguliers plus rares; plus courts.

ABCÈS DE LA VÉSICULE BELIAME.

Douleur plus vive; de plus longue durés; pulsative.

Diminue lentement, et laisse après elle plus de malaise.

Fluctuation moiss promptement manifests; commençant par le point le plus saillant.

Dureté environnante; empâtement.

Frissons irréguliers, plus constants, plus longs; suivis de chaleur et de moiteur.

2° Signes distinctifs de la rétention de la bile et des abcès du foie.

RÉTENTION DE LA DILE AVEC DISTENSION DE LA VÉSIGULE.

Accroissement rapide de la tuméfaction de l'hypochondre.

Tumeur circonsorile.

Fluctuation maniscrete dans toute l'étendue de la tumeur.

Mollesse et mobilité des téguments.

Ni dureté, ni gonflement à la circonférence de la traneur.

ANCÈS DU POIE.

Accroissement lent de la tuméfaction.

Tumeur mai circonscrite.

Fluctuation tardive, difficile à juger, d'abord apparente dans le centre soulement.

Téguments empatés, ædémateux.

Dureté et gonflement à la circonsérence.

Il est inutile de rappeler ici les signes propres à faire reconnaître quel est l'obstacle au cours de la bile; il a suffi de les indiquer plus haut.

Pronostic. Nous venons de voir qu'il y a des cas où le pronostic est très grave; ces cas sont, en général, ceux dans lesquels la rétention s'est produite lentement : alors, en effet, l'obstacle est permanent, et la bile ne pouvant plus couler dans l'intestin, il survient des dilatations énormes et quelquesois la rupture des conduits. Toutes choses égales d'ailleurs, lorsque la rétention de la bile est compliquée de la présence d'un grand nombre de calculs, le diagnostic est plus grave, parce que ces corps étrangers peuvent produire des altérations de la vésicule que nous avons vues plus haut causer parsois la mort.

S VII. - Traitement.

Je n'ai pas à m'étendre sur le traitement de cette affection, car j'ai déjà dit, dans l'article consacré aux calculs biliaires, presque tout ce qu'il importe de savoir à ce sujet. Nous avons vu plus haut qu'il pouvait y avoir une distension de la vésicule et

même des canaux biliaires, sons qu'il existât un obstacle inquemontable au cours de la bile. Parsois même, et M. Cruveilhier en a cité des exemples, la bile distend tous les conduits, et il n'y a actuellement aucun obstacle. On ne peut expliquer ces sits que par un état d'inertie des voies biliaires et par la position déclive que prend la vésicule, par suite de l'augmentation de volume du foie dans les maladies de cet organe. On a proposé, en pareil cas, de déterminer l'écoulement de la bile dans l'intestin à l'aide de pressions exercées lentement et d'une manière continue sur h région de la vésicule. Dans quelques cas rares, où il n'y a pas occlusion complète, œ moyen peut réussir non à guérir le malade, mais à le soulager, lorsque la distension cause ume gêne considérable dans l'hypochondre droit. Nous avons déjà vu que, dans un cas rapporté par J.-L. Petit, le malade avait trouvé lui-même ce noyen de faire cesser la tension de la vésicule; mais il faudrait se garder de l'employer lorsqu'il est survenu un obstacle subit indiqué par la douleur et par la distension rapide de la poche biliaire; ou du moins ne faudrait-il procéder qu'avec beaucoup de ménagement; car nous savons que la rupture de la vésicule peut avoir lieu en pareil cas, et évidemment ces manœuvres tendraient à la favoriser.

J'ai tant de fois parlé de la ponction de la vésieule, de son ouverture avec le bistouri, en un mot des opérations propres à évacuer la bile, que je ne dois pas y revenir longuement ici. Disons seulement que dans les cas où la distension est énorme, et où les accidents sont très graves, on pourra mettre en usage la ponction avec un trois-quarts très fin (c'est-à-dire dont la canule n'aurait qu'un millimètre de diamètre), puisqu'on a remarqué qu'avec cette précaution on n'avait pas causé d'accident. On devrait alors laisser la canule en place, de manière qu'elle déterminat la formation d'adhérences entre le péritoine de la vésicule et celui des parois abdominales. On devrait également éviter de vider complétement la peche distendue, et même il serait prudent de n'eulever que très peu de liquide (seulement en suffisante quantité pour saire cesser la distension excessive), parce que, si l'on changeait brusquement les rapports de la vésicule et de la paroi abdominale, on courrait graud risque d'occasionner un épanchement de bile et une péritonite mortelle. De cette manière, l'opération aurait nécessairement beaucoup moins d'inconvénients que la ponction ordinaire proposée par J. - L. Petit. Reconnaissons, au reste, que ce point de doctrine n'est pas encore suffisamment établi, et qu'on ne doit agir qu'avec une extrême circonspection et à la dernière extrémité.

L'ouverture de la vésicule peut encore être tentée par les procédés mis en usage pour l'ouverture des abcès du foie et des hydatides (procédés de Récamier, Bégin, Jobert, etc.). Quant à celui qui a été mis en usage par Chelius, je l'ai rapporté dans l'article précédent.

Restent maintenant les moyens propres à favoriser l'écoulement de la bile. Je les ai indiqués dans l'article consacré aux calculs biliaires. Il serait par conséquent inutile d'y revenir ici. Qu'il me suffise de dire que la rétention de la bile étant presque toujours due à des causes mécaniques, on ne doit pas compter sur ces moyens pour procurer aux malades une guérison complète. Toutefois ils peuvent agir de manière à favoriser l'expulsion d'un obstacle mobile, comme les calculs. L'est principalement aux purgatifs peu violents (l'huile de ricin, les sels neutres, etc.) qu'on a recours en pareille circonstance. Les narcotiques et les anti-

spasmodiques ne sont que des pullistifs qui servent à calmer l'irritation pitts ou moins violente déterminée par la distension des voies biliaires.

ARTICLE IV.

HYDROPISIE DE LA VESICULE DU FIEL.

Avec M. Littré, je commencerai par mettre de côté l'adème des parois de la vésicule, qui, comme le fait remarquer cet auteur, n'a d'intérêt réel que sous le rapport de l'anatomie pathologique. M. Louis en a cité deux exemples (4) s et, dans ces deux cas, l'infiltration de sérosité n'avait été accompagnée d'ancun signe d'une affection de la vésicule pendant la vie.

Reste l'accumulation de la sérosité dans la vésicule elle-même. M. Littré est l'auteur qui a donné la meilleure description de cet état pathologique qui n'est pas encore suffisamment connu, surtout quant à ses symptômes et au traitement qui lui convient. C'est ce qui expliquera la rapidité avec laquelle je vais en faire la description.

Lorsqu'il n'existe pas de calcul dans la vésicule, ni de maladie du foie; ce qui est rare, cette hydropisie ne s'annonce, du moins d'après quelques observations, par d'autres phénomènes que par l'apparition d'une tumeur circanscrite, médiocrement résistante (à moins que la vésicule ne soit très distendue), sans dureté environnante, et donnant lieu à une fluctuation qui occupe tout son diamètre. Dans les cas où il y a des calculs ou des maladies du foie, on observe des symptômes propres à ces lésions, et sur lesquels il serait oiseux de revenir ici.

La marche de la maladie est toujours très lente; cependant, sous to point de vue, il saut faire une distinction: l'hydropisie de la vésicule se produit lorsqu'il y a obstacle au passage de la bile du foie dans cette poche, en d'autres termes, lorsqu'il existe une oblitération du canal cystique. Or il ne faut pas canfondre la marche de cette occlusion, qui peut être aiguë, avec celle de l'hydropisie de la vésicule, qui en est une conséquence plus ou moins lente. Il est impossible d'assigner une durée à l'affection; quant à sa terminaison, en peut dire, d'après quelques saits, que l'hydropisie de la vésicule peut se prolonger très longtemps, et ne pas déterminer par elle-même la mort, lorsqu'elle est à l'état de simplicité. Quand il existe des calculs et des maladies du soie concomitantes, il peut survenir une inflammation violente avec tous les accidents décrits plus haut, et la terminaison peut être mortelle; mais c'est encore aux calculs et aux maladies du soie qu'il saut attribuer cette terminaison survenir une calculs et des maladies du soie qu'il saut attribuer cette terminaison survenir une survenir une concentrate.

On a parlé également de la rupture de la poche biliaire, comme pouvant donner lieu à des accidents mortels; et cette rupture, suivant les auteurs, serait occasionnée soit par la distension trop grande de la poche, soit par un coup ou une chute; mais il est évident qu'on a prévu plutôt la possibilité de cet accident qu'on n'en a cité des exemples.

L'investigation cadavérique sait trouver, dans les cas deut il s'agit, une obstruction du canal cystique, qui est la condition capitale de la production de l'hydropisie. Au-dessus de l'obstacle, la cavité, distendue, prend quelquesois des pro-

⁽¹⁾ Recherches sur la phihis., 2º édit., p. 123.

portions énormes. Walther, cité par M. Littré, dit avoir vu la tumeur formée par elle descendre jusqu'à l'hypogastre; le liquide contenu dans la vésicule est tantôt limpide et incolore, tantôt semblable à la synovie, tantôt à du blanc d'œuf ou à de l'urine (Louis). La chaleur et les acides peuvent y déterminer un précipité florconneux; et ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est qu'il ne conserve aucung amertume.

Diagnostic. Les signes propres à faire reconnaître la rétention de la bile dans la vésicule servent également à faire distinguer des autres affections hépatiques l'hydropisie de cette cavité; mais en est-il qui puissent différencier suffisamment ces deux affections entre elles? Tous les auteurs conviennent que la distinction est ordinairement extrêmement difficile, sinon impossible. C'est un point qui exige absolument de stouvelles recherches; et sur lequel je ne pourrais émettre que des ilées hypothétiques. Quant au promostic; nous avons vu que c'est surtout par les complications que cette affection était dangereuse.

Enfin, relativement au traitement, disons que le seul moyen à opposer à l'affection est b ponction de la vésique; et sur ce point; il me suffit de renvoyer aux réferioss faites dans l'article précédent.

ARTICLE V.

CANCER DE LA VÉSICULE ET DES CONDUITS BILIAIRES.

J'ai trés péti de chosé à dire de cette affection, qui n'a guère été étudiée à part, et qui, dans l'état actuel de la science, inérite peu de l'être. Cependant M. Durand-Pardel (1) à, il y a quelques années, publié sur ce sujet quelques recherches aux-quelles il convient de donnée ici une mention, et dont je vais extraire les principales considérations.

Il n'est pas rate de voir le cancer de la vésicule biliaire exister sans donner lieu des symptomes très notables. Des troubles plus ou moins marqués du côté des voies digestives, la gêne, le malaise que détermine la présence de la tumeur cancèreuse dans l'hypochondre, sont les seuls signés de ce cancer, et l'on voit combient ils sont vagues. Ce qu'il y a de plus important à noter, c'est une tumeur au destous du rébord des sanssés côtes, tumeur dure et circonscrite, et parfois un peut douloureuse all toucher. L'ictère n'est pas un symptôme essentiel du cancer de la vésicule. Dans la troisième observation de M. Durand-Fardel, il a manque complétement. En pareil cas, la peau présente ordinairement la coloration jaunaire du cancer, ou grisatre des maladies chroniques. Voila tout ce qu'il est possible de dire sur les symptômes de cette affection.

Les lésions anatomiques consistent dans le développement d'une tumeur squifmense du encéphaloide, occupant soit la vésicule, soit les conduits biliaires; soit
mus ces points à la fois; dans les cas où les conduits biliaires, et principalement le
canal chosedoque, sont obstrués par une tumeur cancéreuse, l'ictère existé avec
l'intensité tité nous lui avons trouvée dans la rétention de la bile. Il est ordinaire
de renconfrér d'antrès cancers soit du foie, soit des intestins, soit il un organe plus
conducer du foie.

⁽¹⁾ Arch. gen. de med., jain 1840, et aveil 1841.

.4

Ľ

E.

så

ď.

5 1

7

1 14

. Xi

Lil

يرز

iΖ

S X

·h

....

F-

L

17

l.

٠.

Ø

è

Ø;

Y

7

Pour le diagnostic, on a les mêmes signes qui ont été indiqués à l'occasion du cancer du parenchyme hépatique; mais quand il s'agit de reconnaître si le cancer occupe la vésicule plutôt que le tissu du soie, on n'a aucun moyen sûr. Les observations de M. Durand-Fardel n'ont pas pu éclairer ce point. Quant au pronostic, il est aussi grave que celui du cancer du soie lui-même, et peut même l'être davantage à cause de l'oblitération possible des voies biliaires.

Le traitement ne dissère en rien de celui du cancer du soie.

ARTICLE VI.

NÉVRALGIE DU FOIL

J'arrive à une affection dont l'existence est loin d'être démontrée d'une manière bien positive. On trouve, il est vrai, dans tous les auteurs, une description plus ou moins étendue d'une affection consistant principalement dans une douleur aigue, violente, ayant son siége dans l'hypechondre droit, et souvent s'irradiant bien au delà; mais on chercherait en vain un travail critique de nature à démontrer positivement que la source de la douleur se trouve dans le plexus hépatique. Le soie est, comme nous l'avons vu dans la description des maladies précédentes, un organe doué d'une sensibilité très faible; il ne reçoit, relativement à son volume, qu'un très petit nombre de filets nerveux réellement sensibles. Il est donc difficile de comprendre que la douleur puisse s'y développer d'une manière aussi frappante. Ce ne serait pourtant pas là une objection suffisante, si, d'une manière quelconque, on était parvenu à avoir quelques preuves de la possibilité d'une névralgie ayant pour siège le plexus hépatique. Mais, comme je viens de le dire, aucune preuve de ce genre n'existe. On a vu seulement que, dans certains cas, une douleur qui ne pouvait être rapportée à aucune des affections précédentes, occupait l'hypochondre, et l'on en a conciu que cette douleur, évidemment de nature nerveuse, devait avoir son siége dans les nerfs du foie; mais ce n'est pas là, comme on le voit, une démonstration directe, et l'on ne pourrait y avoir quelque confiance que si l'on était sûr d'avoir préalablement, par voie d'exclusion, mis de côté toute autre maladie, sans exception aucune. Mais c'est ce qu'on est bien loin d'avoir cherché à saire dans la grande majorité des cas, si ce n'est dans tous; et il est tant d'affections qui peuvent donner lieu à de la douleur dans l'hypochondre droit, qu'on pe peut, en y réfléchissant bien, s'empêcher de conserver des doutes sur l'existence même de cette maladie.

Il est très certain qu'on a pris parsois pour des douleurs nerveuses les violentes souffrances causées par l'engagement d'un calcul biliaire dans les conduits; que des gastralgies très intenses ont pu être regardées comme des névralgies bépatiques; que des douleurs cancéreuses ont pu donner lieu à la même erreur. M. Andral a cité un sait dans lequel un anévrysme du tronc cœliaque a occasionné des douleurs qui ont été prises pour une simple névralgie hépatique, jusqu'à ce que, d'un côté, les pulsations de la tomeur, et de l'autre, la paralysie des membres insérieurs, aient sait connaître qu'il s'agissait d'une dilatation artérielle qui, après avoir détruit le corps des vertèbres, avait comprimé la moelle épinière.

Il est encore une affection qui n'a été convenablement étudiée que dans ces derniers temps, et qui très probablement a été prise plus souvent que toute autre

pour la névralgie hépatique : c'est la névralgie dorso-intercostale, dont les accès sont quelquesois d'une violence extrême, surtont chez les individus qui sont en même temps affectés d'une gastralgie, ou qui sont sujets aux troubles de la digestion. J'ai vu dans ces derniers temps plusieurs cas de névralgie intercostale caractérisée par une douleur occupant à la sois le côté de la colonne vertébrale, l'hypochondre et l'épigastre, par des élancements se saisant sentir dans ces divers points, et par une douleur à la pression souvent sort vive, surtout au niveau des premières susses côtes, s'accompagner d'anxiété, de sentiment de constriction dans la base de la poitrine, et produire des accès douloureux absolument semblables à ceux qui ont été décrits, sous le nom d'hépatalgie, comme appartenant à la névralgie du plexus hépatique.

On voit, d'après tout ce que je viens de dire, qu'avant d'admettre l'existence de cette affection, il saudrait absolument avoir de nouvelles recherches bien précises; car tant qu'on n'aura pas parsaitement démontré que dans les observations présentées comme exemples de névralgie hépatique, en n'a, pour expliquer l'existence de la douleur, aucune des affections indiquées plus haut, on ne saurait dire, d'une manière positive, que le plexus hépatique pent, sans aucune lésion appréciable, devenir douloureux au point de produire les accès de colique hépatique nerreuse.

Ces considérations m'empêchent, de donner une description étendue de l'affection dont il s'agit. J'ajouterai seulement que ce qui vient encore prouver l'exactitude des propositions précédentes, c'est la grande variété des causes admises par quelques auteurs, J. Frank, par exemple, reconnaît les hépatalgies suivantes: 1º H. traumatique, 2º H. inflammatoire, 3º H. rhumatique, 4º H. bilieuse, 5º H. nerveuse, 6º H. vermineuse. Cette dernière serait produite par des vers développés dans l'organe, comme la douve, aussi bien que par des vers intestinaux qui auraient passé dans les voies biliaires. Il suffit de citer cette division, pour montrer combien d'affections diverses comprend cette prétendue névralgie hépatique.

Je suis, au reste, d'autant plus autorisé à ne pas insister sus cette affection, et à passer outre, que, sous le rapport du traitement, je n'ausais rien d'intéressant à faire connaître. Les narcotiques, les antispasmodiques et les révulsifi-cutanés, sont les saoyens qu'on a employés avec le plus de succès dans les cas où l'on a cru avoir affaire à cette maladie.

ARTICLE VII.

ATROPHIE DE LA VÉSICULE BILIAIRE. DOUVE DU FOIR, ALTÉRATIONS DE LA BILE.

Je me contente de mentionner, pour mémoire, ces affections, qui n'ont aucun intérêt réel pour nous: l'atrophie de la vésicule n'est, en effet, importante que sous le point de vue de l'anatomie pathologique; on ne lui a assigné aucun symptôme positif, et l'on n'a pas même, comme on le pense bien, eu l'idée de parler d'un traitement qui lui fût applicable.

La douve du foie se rencontre bien rarement chez l'homme, et l'on ignore presque entièrement les symptômes auxquels elle donne lieu. Ce ver occupe la vésicule, et peut descendre dans les conduits. On conçoit qu'en pareil cas il pourrait produire les accidents décrits plus baut sous le nom de colique hépatique.

Quant aux altérations de la bile, quoiqu'elles aient été étudiées avec soin par les chimistes, il serait superflu de les indiquer ici avec détail. On n'a, en ellet, trouvé aucun rapport constant entre telle ou telle altération de ce liquide et des symptômes déterminés. Attendons, par conséquent, pour en parler, que nous ayons des renseignements plus utiles.

ARTICLE VIII.

ICTEBE.

peut se produire plus ou moins fréquemment, il nous reste à étudier ce symptôme comme constituant, dans certains cas, presque à lui seul, une affection particulière. Aussi est-ce à l'ictère simple ou ictère spasmodique que cet article est principalement destiné. Toutefois, comme dans les descriptions précédentes j'ai cru devoir me borner à indiquer simplement l'ictère comme symptôme, sans entrer dans aucun détail à son sujet, il sera nécessaire d'indiquer ici les particularités qu'il peut présenter, suivant les principales circonstances dans lesquelles il se produit, ce qui me forcerà, chemin faisant, à parler maintes fois de l'ictère symptomatique.

Comme toutes les affections qui sont caractérisées par des phénomènes très facilement accessibles à la moindre exploration, l'ictère a été connu et décrit dès la plus haute antiquité. Hippocrate (1) en parle dans plusieurs endraits de ses euveages; Celse (2), Galien (3), Arétée (4), en ont fait également une description plus ou moins étendue, et exacts quant aux phénomènés apparents. Ensuite tous les auteurs de traités de pathologie ont consacré un article considérable à cette affection, qui a été en outre l'objet d'un nombre immense de dissertations dans les deux derniers siècles.

Pour apprécier, autant que possible, avec rigueur, les principaux symptômes de l'ictère simple ou spasmodique, j'ai analysé seize observations qui ne me luissient pas de doute sur la nature de l'affection, ce qui me permettra de rechercher, dans les descriptions des auteurs, les points qui sont appuyés sur l'observation et ceux qui laissent encore quelque doute. De plus, dans cette seconde édition, je tiens compte de cestains cas d'ictère grave dont il m'a été donné d'observer quelques uns, et dont les principaux ont été rassemblés par M. le docteur Ch. Ournam (5), qui a publié, sur ce sujet, peu étudié avant lui, un travail très important.

§ I. — Définition; synonymie; fréquence.

Le nom d'ictère est donné à une coloration jaune des divers tissus du corps, apparente pendant la vie sur la peau et les coujonctives, et due à la présence des éléments de la bile dans le sang.

Cette affection a reçu les noms de regius morbus, fellis suffusio, luridus morbus, morbus arcuatus, ictericia, ictère, ictéricie, jaunisse. Les Espagnols lui

⁽¹⁾ Obuvres complètes, trad. par Littré, Des affections internes; Paris, 1850, t. VII, p. 253.

⁽²⁾ Lib. 14, cap. XXIV.
(3) De loc. affectis.

⁽⁴⁾ Lib. I, cap. XV.

⁽⁵⁾ De la forme grave de l'ictèse sessuilel; Thèse, Peris, 1860.

doubent le nom d'amarillez; les Italiens, celui de citrinezza; les Anglais, celui de jamilice, et les Allemands, celui de Gelbsucht.

La sréquence de l'ictère est grande. Nous avons vu plus haut combien de majades organiques peuvent le produire, et nous allons voir que l'ictère qu'on a désiprésons le nom de spasmodique, c'est-à-dire celui qui ne laisse aucung légion après la mort, se montre dans d'assez nombreuses circonstances.

S II. - Causes,

C'est surtout en se fondant sur les causes, qu'on a établi, dans la description de ktère, des divisions très variables. C'est ainsi què, recherchant s'il y avait augmentation de la sécrétion biliaire, s'il y avait suspension des fonctions du foie, etc., on a fait des divisions qui, pour la plupart, n'ayant pour base que de simples hypothèses, ne méritent guère de nous arrêter. Je me contenterai de signaler celle qui est admise par les auteurs du Compendium (article Ictère, tome V), pour monter quelles sont les diverses espèces dont je vais m'occuper. Ils reconnaissent : · 1° Un ictère par altération du tissu du foie; 2° un ictère par maladie de l'appareil d'excrétion biliaire. » Ces deux premières espèces sont constituées par les Mections de l'organe hépatique et des conduits biliaires que j'ai décrites jusqu'à présent. Il me suffira, comme je l'ai dit plus haut, de mentionner dans cet article œ que l'ictère présente de notable en pareil cas. La troisième espèce est « l'ictère par simple trouble des fonctions sécrétoires du foie: » c'est là l'ictère simple ou itère spasmodique, dont il sera principalement question ici. Viennent ensuite quatre autres espèces qui sont : « 4° l'ictère par maladie des voies digestives ; 5 l'ictère par altération du sang; 6° l'ictère des fièvres; 7° l'ictère des noureaux-nés. » Ces quatre espèces ont été également décrites, soit en totalité, soit en partie, par un grand nombre d'autres auteurs. Parmi elles, l'ictère des nourenux-nés me paraît devoir seul être étudié sous un point de vue critique. Quant aux autres, il suffira de les mentionner à l'occasion du diagnostic, afin de les disinguer du véritable ictère.

1º Causes prédisposantes.

Nous n'avons que des recherches peu exactes relativement à l'age qui prédispose les sujets à l'ictère. On peut dire, d'une manière générale, que l'ictèré symptomatique, celui, en particulier, qui est dû aux affections chroniques dù foie, est surout fréquent dans un âge avancé. C'est, en effet, ce qui ressort des descriptions présentées dans les articles précédents. Suivant quelques auteurs, et en particulier J. Frank, il n'en serait pas de même quant à l'ictère spasmodique, auquel les enfants seraient particulièrement sujets; mais on cherche vainement les preuves de cette assertion, et si l'on consulte l'observation, on voit, au contraire, que l'ictère de cette espèce, aussi bien que de toutes les autres, se montre très rarement dans l'enfance. Ce qui a peut-être porté l'auteur que je viens de citer à s'exprimer linsi, c'est qu'il a admis sans aucune contestation l'existence de l'ictère des nouteaux-nés. Or il n'est nullement prouvé que l'ictère chez les nouveaux-nés présente rien de particulier, et qu'il faille en faire une description à part; mais, comme c'est la une question qui ne manque pas d'importance, il est nécessaire de la trailer avec quelques détails.

letère des nouveaux-nés. Il est bien peu d'auteurs qui se soient occupés des maladies des enfants sans consacrer un article à cette affection, sur l'existence de laquelle plusieurs ont néanmoins élevé des doutes. Ainsi Rosen (1) a dit formellement que l'actère qui peut se développer chez les enfants nouveau-nés ne diffère en rien de celui des adultes, et que Sylvius (2), lorsqu'il avait cru voir chez les nouveaux-nés un ictère tout particulier, avait pris sans doute la couleur plus ou moins rouge de la peau de ces enfants pour la jaunisse. Cette méprise de la part de Sylvius n'est nullement probable; mais ce qui sans doute l'a induit en erreur, comme plusieurs autres auteurs (3), et la plupart des médecins, c'est ce changement dans la couleur des nouveaux-nés qui survient trois ou quatre jours après la naissance, et qui a été parfaitement signalé par Underwood (4). Voici, à ce sujet, ce que j'ai dit ailleurs (5):

- · Peu de temps après l'accouchement, la face du nouveau-né est d'un rouge soncé légèrement violacé. Cet état dure ordinairement quatre ou cinq jours, ainsi que l'ont remarqué tous les auteurs qui ont traité des maladies des enfants, et pendant tout ce temps, si l'on exerce une légère pression sur les téguments ainsi colorés, on voit apparaître une coloration jaune pâle qui ne tarde pas à disparaître. C'est du troisième au cinquième jour que cette coloration commence à diminuer; et alors, dans tous les cas, une légère teinte jaune vient nuancer la rougeur générale. Cette dernière couleur n'atteint les pommettes qu'après s'être montrée sur le reste de la face, en sorte qu'elles sont entourées d'une teinte jaunatre, lorsqu'elles conservent encore leur couleur première. Je n'ai jamais vu, dans l'étal de santé parsaite, la coloration jaune être générale et unisorme; toujours on voit persister une rougeur plus ou moins foncée et plus ou moins étendue des pommettes. Dans tous les cas, cette coloration jaune était d'autant plus intense, que la coloration rouge primitive avait été plus foncée, ce qui vient à l'appui de l'opinion émise dans ces derniers temps, savoir, que cette espèce d'ictère des nouveaux-nés a pour cause la disparition de la stase sanguine; de même que, dans les ecchymoses, la couleur jaune qui se montre sous les téguments est due à une résorption lente du sang infiltré....
- » C'est dans l'œdème des nouveaux-nés que j'ai vu persister le plus longtemps la touleur rouge, qui, chez eux, est le plus souvent très soncée et vineuse. C'est aussi chez eux que j'ai vu la couleur jaune consécutive se montrer avec le plus d'intensité, et c'est là sans doute ce qui a sait regarder à tort l'ictère comme une maladie inséparable de l'induration du tissu cellulaire.
- » Dans d'autres maladies, au contraire, la couleur jaune, au lieu de se produire graduellement, apparaît d'un jour à l'autre; elle a une légère nuance verte, et elle est générale. C'est surtout dans quelques cas de diarrhée très abondante et survenue très rapidement, que j'ai vu se moutrer cette coloration : alors il y a véritablement teinte ictérique; mais c'est un état qu'il ne saut pas consondre avec celui dont je viens de parler. Ce qui servira surtout à les distinguer, c'est que, dans le

(2) Prax. med., lib. I, cap. xLVII.

(2) CHARBON, Malad. des enf., t. 100, p. 264, etc.

(5) Clinique des enfants nouveau-nés (Explor. cliniq., p. 6).

⁽¹⁾ Trailé des maiad. des enf., trad. de Lelèvre de Villebrane; Montpollier, 1793, chap. 11. De la jaunisse.

⁽⁴⁾ Traité des malad. des enf., trad. d'Eusèbe de Salles; Paris. 1823.

premier cas, les sclérotiques sont d'un blanc bleuâtre ou à peine jaunâtre, tandis que dans le second elles participent à la couleur jaune générale. »

Ce que je disais alors je dois le répéter aujourd'hui, après avoir vu un nombre beaucoup plus considérable de nouveaux-nés malades, et, par conséquent, je ne crois pas qu'il soit utile de regarder l'ictère survenant chez ces enfants comme une maladie particulière, ou plutôt je pense que ce serait une erreur.

Une sois cet ictère admis, les autres ont cherché à se rendre compte de sa production, et ils l'ont cherché dans la rétention du méconium, dans la difficulté de l'excrétion biliaire, dans le lait donné à l'ensant par une semme accouchée depuis longtemps (Baumes), dans la tympanite, d'où peut résulter la compression des canaux biliaires; mais, évidemment, c'est d'après des idées purement théoriques qu'on a admis l'existence de ces causes. Quant à moi, j'ai vu l'ictère chez les nouveaux-nés, ictère semblable à celui de l'adulte, coïncider principalement avec des affections intestinales intenses, et surtout avec l'entérite.

En somme, et si nous avons égard à l'opinion de plusieurs auteurs qui ont écrit sur les maladies des ensants nouveau-nés, ainsi qu'aux considérations précédentes, pous voyons que c'est à partir de l'âge adulte que l'ictère se maniseste le plus sréquemment.

Sexe. Nous avons dit, dans les descriptions des diverses maladies du foie, ce que nous savons sur l'influence du sexe dans la production de l'ictère symptomatique. Relativement à l'ictère simple ou spasmodique, c'est une opinion généralement reçue, que les femmes y sont plus sujettes que les hommes. Je n'ai, sur ce point, à présenter que des chiffres tout à fait insuffisants; je les consigne seulement ici comme renseignements. Dans seize cas observés à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Louis, nous trouvons huit hommes et huit femmes; mais il faut remarquer que, dans ce service, les femmes sont en nombre à peu près double, de sorte que, si l'on voulait s'en rapporter à ces cas, on se ferait une opinion entièrement opposée à l'opinion générale. Mais, je le répète, il en faudrait un beaucoup plus grand nombre, et il est fâcheux que nous ne trouvions pas sur ce point les éléments d'une bonne statistique.

On a dû naturellement dire que la maladie était plus fréquente chez les sujets d'un tempérament bilieux et nerveux; mais c'est encore un point qui demande à être mis hors de doute d'une manlère positive.

Si l'on s'en rapporte au petit nombre de cas que je viens de mentionner, la tonstitution n'a point d'influence marquée sur la production de l'ictère spasmo-dique. Quant à l'ictère symptomatique, c'est dans les articles précédents qu'il faut chercher ce que nous savons à ce sujet.

Il en est de même de l'état de santé habituel des malades et du régime qu'ils ont suivi. Il serait bon pourtant d'avoir des renseignements plus précis sur ce dernier point; car, ainsi que nous allons le voir, on a avancé, surtout dans ces derniers temps, que l'ictère ne résulte ni d'un spasme des voies biliaires, ni de la suppression de la sécrétion, ni d'aucun trouble nerveux de cette fonction, mais bien de la propagation d'une inflammation des voies digestives, et principalement du duodénum aux voies biliaires et à la partie inférieure du foie. Or nous savons que cette inflammation des voies digestives a été elle-même attribuée aux écarts de

régime, à l'abus des boissons alcooliques, etc.; il serait par conséquent important de rechercher dans quelle proportion des cas ces prétendues causes ont pu agir. Malheureusement nous manquons entièrement des documents nécessaires sur ce point; mais nous verrons tout à l'heure qu'on peut, par une autre voie, arriver à se prononcer sur cette question.

Ensin on a dit que les climats chauds prédisposaient particulièrement à l'ictère; mais resterait à savoir si l'ictère spasmodique se produit sréquemment sous cette influence; or c'est ce que les auteurs ne nous ont pas suffisamment appris.

Les causes prédisposantes de l'ictère essentiel à forme grave ne sont pas mieux connues, comme on le voit dans le mémoire de M. Ozanam. Quant à l'ictère symptomatique, on a vu plus haut ce qu'il faut penser à cet égard.

2º Causes occasionnelles.

Relativement aux causes occasionnelles, il faut nécessairement établir une distinction absolue entre l'ictère symptomatique et l'ictère spasmodique.

Ictère symptomatique. Il sussit de répéter ici sommairement ce qui a été exposé en détail dans les articles précédents. Nous avons vu, en esset, que les causes organiques qui donnaient lieu à la production de l'ictère étaient l'instammation et les abcès qui en sont la suite, le cancer, la cirrhose (ces dernières assections ne produisant que rarement l'ictère), et les hydatides, qui ont une influence plus limitée encore. Viennent ensuite les affections des voies biliaires, en tête desquelles il saut mettre celles qui déterminent la rétention de la bile dans le soie, c'est-à-dire qui ont pour cause principale l'oblitération du canal hépatique ou cholédoque; mais il serait inutile d'insister plus longuement sur ce sujet.

Ictère simple ou spasmodique. Les principales causes occasionnelles de l'ictère dont il s'agit sont, sans contredit, les émotions morales vives. On cite un nombre insini de faits à l'appui de cette proposition. La colère et la frayeur sont surtout des causes très puissantes. On a vu des sujets présenter une jaunisse intense immédiatement après un accès de colère, quoique auparavant ils sussent dans un parsait état de santé. Dans les seize cas dont j'ai précédemment parlé, deux malades ont accusé une grande colère. Chez eux, il est vrai, l'ictère ne s'est pas produk immédiatement, un des deux ne l'a même vu apparaître que quatre semaines après; mais, à dater du moment où ces sujets avaient eu l'accès de colère, ils avaient éprouvé des symptômes dont ils étaient exempts auparavant, symptômes qui appartiennent, comme nous le verrons plus loin, à l'ictère, et qui ont duré jusqu'à l'apparition de celui-ci. Une grande frayeur a été mentionnée trois sois, et dans un cas cette frayeur a eu lieu au moment des règles, qui se sont changées en pertes abondantes. Trois autres sujets avaient eu des contrariétés très vives et de longue durée dans les jours qui avaient immédiatement précédé l'apparition de l'ictère.

Dans les deux cas, on n'a trouvé, pour expliquer la production de la maladie, qu'un travail pénible et prolongé auquel les sujets n'étaient point habitués. Un malade présenta, dans le cours d'une colique de plomb, non pas ce symptôme qui a été décrit sous le nom d'ictère saturnin, et qu'on ne doit pas regarder comme

me véritable jaunisse, mais un ictère tout à fait différent, et dû à la suffusion bihaire. Ensin un sujet avait été exposé à un froid très vif pendant son travail; et dans les autres cas (quatre) on n'a rien découvert qui parût être la cause de la maladie.

On trouve dans cette exposition presque toutes les causes principales assignées à l'ictère spasmodique; on a, il est vrai, regardé comme cause particulière la morare de la vipère, les grandes hémorrhagies, etc.; mais on voit que, dans ces cas, la frayeur peut avoir été la cause réelle de la jaunisse.

L'ictère peut se développer sous forme épidémique. Je ne veux point parler ici, comme on le pense bien, de la fièvre jaune, affection toute particulière, dans laquelle la coloration jaune de la peau n'est qu'un simple symptôme; mais il est positif qu'à certaines époques on voit apparaître un nombre souvent considérable d'ictères parsaitement simples, dont la marche ne présente rien de particulier et dont la terminaison est heureuse. Nous avons vu, il n'y a pas longtemps, dans les hépitaux de Paris, une petite épidémie de ce genre. Quelquesois, dans ces épidémies (1), l'ictère prend la sorme grave.

3" Causes prochaînes de l'ictère spasmodique.

Je n'exposerai pas en grand détail les diverses manières dont les auteurs ont cherché à expliquer la production de l'ictère, car presque tous n'ont avancé que des idées théoriques qu'il est peu important de connaître. D'abord en a attribué la production de l'ictère spasmodique à une constriction, à une contraction, à un spasme des voies biliaires, et c'est ce qui lui a valu son nom; mais ce spasme, on en a simplement supposé l'existence, par la seule raison qu'ou ne trouvait après la mort aucune lésion capable d'expliquer la sussusion biliaire. Quelques médecins, comme nous l'avons vu plus haut, ont pensé qu'il y avait une irritation qui, des voies digestives, et principalement du duodénum se portait vers les canaux biliaires et vers la vésicule. Mais je ferai remarquer qu'on n'a nullement mis le fait hors de doute par l'anatomie pathologique, et que si l'on a pu dire avec raison que des symptômes digestifs se montreut ordinairement dans le cours de l'ictère, on n'a pas eu le soin de rechercher si ces symptômes étaient primitifs ou consécutifs. Les observations que j'ai sous les yeux ne sont pas toutes propres à décider cette question; mais il en est deux dans lesquelles on voit que les sujets ne s'étaient aperçus d'aucun dérangement de leur santé lors de l'apparition de la jaunisse, que l'appétit n'était point diminué, que la soil n'était pas augmentée, qu'il n'y avait ni nausées, ni vomissements, ni coliques. Les cas de ce genre ne sont pas très rares, et il n'est pas de médecin qui n'en ait vu des exemples. Comment, d'un autre côté, dans les cas où un ictère survient immédiatement après un accès de colère ou de frayeur, admettre que la source de la maladie se trouve dans une inflammation du tube digestif, quelque légère qu'elle soit? On a vu, il est vrai, l'ictère se produire dans de violentes indigestions; mais ne trouve-t-on pas, en pareil cas, une cause suffisante dans la frayeur que peuvent produire, chez certains individus, les symptômes parfois si graves d'une simple indigestion? Quant à l'épaississement de la bile, qui peut gêner le cours de

⁽¹⁾ CH. OZANAM, Mem. cit., p. 81.

ce liquide, ce n'est pas dans l'ictère dont il s'agit qu'on devrait le regarder comme cause, alors même qu'on pourrait admettre son existence.

4° Causes prochaines de l'ictère en général.

ť

£.

()

1

É

1.5

2.

٠,

• •

1

L

E.

ì

3

7 1

F.

•

٠,

Je ne m'étendrai pas longuement sur cette partie de l'histoire de l'ictère, parce que, dans l'état actuel de la science, il est impossible d'en tirer aucun résultat bien utile pour la pratique. Constatons d'abord que l'on admet plus aujourd'hai comme cause de l'ictère, soit une simple congestion sanguine des divers tisses, soit un spasme des téguments, et que personne ne doute que cette affection ne soit due à la présence de la bile ou des principaux éléments de ce liquide dans le sang. Mais comment la bile se trouve-t-elle dans le sang? Cette question ne semble pas difficile lorsqu'il s'agit de l'ictère symptomatique, car alors on pest penser que la bile retenue dans les conduits et dans le foie, ou bien n'étant pas facilement sécrétée dans cet organe, reste dans le liquide dont elle devait se séparer. Mais, même dans ce cas, il faut remarquer que cette théorie implique la présence du liquide biliaire dans le sang à l'état normal, ou du moins de ces principaux éléments existant avec leurs qualités propres; or c'est sur ce point que nous trouvons la divergence des opinions.

Ne pouvant entrer dans les détails de cette discussion, je me contenterai d'en fournir les éléments. D'après les expériences de Fourcroy, de Vauquelin et de MM. Chevreul, Orfila, Lassaigue, Braconnot, les éléments de la bile existent tout formés dans le sang. En admettant ce fait, on conçoit facilement l'ictère, quelle que soit la lésion qui le cause, car la formation de la bile étant gênée dans certains cas, et dans d'autres le fluide ne s'écoulant pas dans l'intestin, imprégnant le foie et rendant cette glande impropre à une nouvelle sécrétion, il en résulte que les éléments bilaires ne peuvent plus être séparés du sang, deviennent surabondants et vont colorer tous les tissus. Mais d'un autre côté, on a dit que dans les cas où la bile se trouvait retenue dans le foie, les absorbants pouvaient la reprendre et la porter dans le torrent de la circulation. Cette manière de voir est appuyée sur les expériences de Tiedemann (1), qui a fait voir qu'en liant les canaux biliaires, les lymphatiques du sole étaient colorés par la bile, et le liquide arrivait dans le sang par le canal thoracique. En outre, quelques expériences qui peuvent se rapprocher de celles-là ont été saites par M. le docteur Simon, de Metz. Ce médecin, ayant lié les vaisseaux sanguins du foie, n'a produit qu'une atrophie sans ictère, tandis qu'en liant les canaux biliaires, l'ictère est devenu intense. Enfin nous avons vu plus haut que dans les cas d'atrophie du soie et de désaut de sécrétion de la bile, l'ictère est une assection qui n'est pas très fréquente (2). Ces objections, comme on le voit, ne laissent pas d'avoir de la valeur. Toutesois on peut y répondre par une observation qui est exacte : c'est que si l'absorption de la bile dans le soie était la cause réelle de la production de l'ictère, cette affection ne pourrait avoir lieu dans aucun des cas où l'organe n'est pas imbibé de ce liquide, où la bile peut encore couler dans l'intestin, où, en un mot, il n'y a pas surabondance du fiquide biliaire. Or nous avons vu que dans les cas d'abcès, soit aigu, soit chronique, dans des cas de cancer et

⁽¹⁾ Rocherches expérimentales chimiques et physiologiques sur la digestion, trad. par A.-J.-L. Jourdan: Paris. 1827.

¹²⁾ Voy. Atraphie, Cierhose, l'aucer du foie, de la résieule, etc.

même de cirrhose, l'ictère s'est produit en l'absence des conditions qui viennent d'être énumérées.

Il résulte de cette discussion qu'on ne peut se prononcer d'une manière rigoureuse pour l'une ou l'autre de ces manières de voir, car elles ont contre elles des objections très fortes. Cependant nous dirons que l'opinion la plus généralement reçue est celle de la rétention des éléments de la bile tout formés dans le sang, soit parce que la sécrétion est suspendue, soit parce que l'excrétion est empêchée. Quant à l'absorption du fluide biliaire dans l'intestin lui-même, c'est une manière de voir qui n'est pas défendue aujourd'hui, et qui ne pourrait s'appliquer tout au plus qu'aux cas où le liquide trouve encore une issue facile à travers les voies biliaires, c'est-à-dire aux cas les plus rares.

Dans l'ictère simple ou spasmodique, devons-nous chercher d'autres explications? Je ne le pense pas; car soit qu'on admette un spasme des voies biliaires qui empêche l'excrétion, soit que l'on regarde la sécrétion elle-même comme suspendue par une perturbation nerveuse, l'une des deux explications précédentes se présente naturellement à l'esprit; elles sont même les plus satisfaisantes, et rien ne prouve qu'il faille chercher dans d'autres circonstances la cause prochaine de l'ictère. C'en est assez sur une question fort importante sans doute au point de vue de la physiologie pathologique et de la chimie organique, mais d'un intérêt secondaire pour nous.

Je ne peux mieux faire, pour terminer ce que j'ai dit des causes prochaines de l'ictère, que de citer les conclusions suivantes posées par M. Ch. Ozanam (1) relativement à l'ictère à forme grave.

- 1° La jaunisse n'est qu'un phénomène secondaire dans l'ietère; elle n'a de valeur que pour le diagnostic.
- 2° Ce n'est guère à l'absorption de la bile qu'il faut attribuer les accidents, puisqu'ils peuvent se développer sans cette condition, et avant la jaunisse.
- 3° La cause paraît être donc le développement de cet état de malignité qui peut compliquer toutes les maladies, et par conséquent l'ictère.

§ III. — Symptômes.

Ce qu'il y aurait peut-être de plus intéressant à connaître dans la symptomatologie de l'ictère, c'est la période du début. On sent, en effet, que pour s'assurer si la maladie appartient uniquement au foie, si elle est la conséquence d'une affection des organes voisins (estomac, intestins), ou bien si ces affections se sont produites en même temps sous l'influence des mêmes causes, il serait de la plus haute importance de connaître la succession exacte des principaux symptômes. Malheureusement les auteurs ont complétement négligé ce point capital de l'histoire de l'ictère, d'où sont résultées des théories plus ou moins ingénieuses, mais non appuyées sur l'observation. Cette réflexion ne s'applique, comme on le pense bien, qu'à l'ictère simple ou spasmodique. Dans les cas d'ictère symptomatique, il est évident que la jaunisse, n'étant qu'un symptôme, n'a pu se produire que par suite de l'affection du foie lui-même. Toutefois on a encore à rechercher, dans ces cas, si cette dernière affection n'est pas sous la dépendance d'une autre maladie; mais c'est ce que nous avons sait dans les articles précédents, et il n'y a pas à y revenir,

⁽¹⁾ Thèse cuée, p. 73.

ici. Je me contenterai de faire connaître ce que nous apprennent quelques cas asses détaillés, mais malheureusement trop peu nombreux, sur ce début si négligé par tous les auteurs.

7

7

Ţ

4

1

1

4

:

. 1

1

1

1

Début de l'ictère simple ou spasmodique. Parmi les observations dont j'ai déjà parlé, il n'en est que douze qui donnent des renseignements assez précis sur le début de la maladie; or, sur ces douze cas, il n'en est pas un seul qui n'ait présenté quelques symptômes plus ou moins marqués avant l'apparition de l'ictère; mais ces symptômes sont de deux espèces dissérentes. Chez trois individus, en effet, il n'y a eu, avant l'apparition de l'ictère, que des symptômes qui pouvaient être entièrement étrangers au tube digestif : c'étaient des frissons, du malaise et une courbature qu'on ne pouvait attribuer à la lésion d'aucun organe en particulier. Rien ne prouve par conséquent que l'état seul du soie ne sût pas la cause unique de ces symptômes. Dans trois autres cas, outre les phénomènes qui viennent d'être indiqués, on nota, soit une anorexie marquée, soit quelques douleurs de ventre. Chez cinq autres sujets, les symptômes qui précédèrent l'apparition de l'ictère eurent leur siége exclusif dans le tube digestif. C'étaient des nausées, des vomissements ordinairement bilieux, du dévoiement; dans un cas, l'ictère survenant au milieu d'une colique de plomb, il y eut les symptômes intestinaux propres à cette maladie.

Que faut-il conclure de l'analyse de ces faits? La réponse est bien difficile; elle exigerait des recherches beaucoup plus nombreuses et beaucoup plus précises. De ce qu'il a existé dans la majorité des cas des troubles gastro-intestinaux, devons-nous en inférer que l'état du foie qui a produit l'ictère est dû tout simplement à l'extension à la glande hépatique d'une affection de l'estomac, du duodénum, ou d'une autre partie du conduit alimentaire? Mais comment s'assurer si déjà à cette époque, et même à une époque antérieure, la sécrétion biliaire n'était pas altérée, sans que cet état pathologique fût assez avancé pour donner lieu à la coloration jaune de la peau?

Si nous examinons sous ce point de vue les cas dans lesquels l'ictère étant occasionné par une vive frayeur, s'est produit presque tout à coup, nous voyons qu'il est encore difficile de découvrir l'organe primitivement affecté. Ces faits se divisent en deux catégories : dans quelques cas, comme je l'ai dit plus haut, les sujets ont été affectés d'une jaunisse instantanée au moment où ils sont entrés dans un accès de fureur, où ils ont vu un spectacle effrayant, où ils ont reçu une mauvaise nouvelle, etc. En pareil cas, on ne peut guère admettre que l'affection ait commencé par l'estomac ou une partie quelconque du tube intestinal. On a cependant fait remarquer que l'action nerveuse produite par ces vives émotions morales se faisait principalement sentir sur les voies digestives; mais il n'y a rien là de surprenant, puisque les mêmes nerfs qui animent le foie se portent aussi à l'estomac. Du reste, ces faits servent toujours à démontrer que, même en admettant (ce que nous n'avons pu faire) que les voies digestives sont primitivement affectées, l'altération qu'elles présentent ne peut nullement être rapportée à l'inflammation.

Dans les cas où l'émotion morale est séparée de l'apparition de l'ictère par un espace de plusieurs jours, saut-il admettre que les symptômes gastro-intestinaux qui se manisestent alors sont dus à une altération de la partie supérieure du tube digestis, et non au trouble de la sécrétion biliaire lui-même? Quoiqu'il soit difficile

de se prononcer, je crois que, d'après les considérations précédentes, cette dernière supposition est celle qui est consorme à la vérité.

Quant aux cas où, en l'absence de la cause qui vient d'être indiquée, l'ictère se produit après de longs troubles de la digestion, il eût été très intéressant de savoir si pendant ces troubles intestinaux il existait dans les excrétions naturelles des signes propres à faire reconnaître que la sécrétion biliaire est diminuée ou suspendue. Je vois seulement dans deux cas que les matières fécales étaient décolorées, et que les urines présentaient la teinte ictérique plusieurs jours avant l'apparition de la jaunisse. D'autres auteurs ont signalé le même fait, mais malheureusement nous n'avons pas sur ce point un nombre d'observations assez considérable. Cependant les faits que je viens d'indiquer ont une très grande importance; ils prouvent qu'on aurait eu grand tort de regarder, dans ces cas, l'affection gastro-intestinale comme primitive et indépendante. Il est plus que probable que les nausées, les vomissements, l'anorexie, etc., étaient causés par des obstacles à la sécrétion biliaire, dont l'intégrité est, à moins de circonstances exceptionnelles, nécessaire pour une bonne digestion.

Ainsi, autant que nous pouvons nous en rapporter à ces observations, nous devons regarder l'ictère simple ou spasmodique comme ayant son siége primitif dans le soie, et donnant lieu, au moins dans un certain nombre de cas, à des troubles intestinaux tout à sait secondaires. Je ne présente toutesois cette proposition qu'avec d'assez grandes restrictions; car rien n'est plus nécessaire que de nouvelles recherches sur ce point si négligé et cependant d'une importance si incontestable.

Début de l'ictère à forme grave. De l'analyse des observations rassemblées par M.Ch. Ozanam (1), il résulte que cet ictère peut débuter de deux manières différentes: dans l'une, le début est bénin et insidieux; dans l'autre, la maladie se présente avec des symptômes graves dès le début. Les symptômes du début, dans le premier cas, sont : faiblesse, douleurs dans les membres et les lombes, cardialgie et coliques; frissons alternant avec la chaleur, bouche amère, langue chargée, appétit diminué ou perdu, pouls mou. Dans le second, ce sont des syncopes répétées, du délire, des hémorrhagies, des douleurs universelles, des crampes, une vive cardialgie, un frisson violent et répété, une grande prostration, des étourdissements, l'insonnie.

Symptômes. Ce que je vais dire relativement aux symptômes s'appliquera à l'ictère simple ou spasmodique, et je me contenterai ensuite de rechercher si, dans certains ictères symptomatiques, on observe quelque chose de particulier.

1º Ictère simple ou spasmodique. — Forme légère. Le phénomène qui nécessairement frappe le plus est la coloration de la peau et des muqueuses. Cette coloration se montre d'abord sur les sclérotiques, et c'est là un point très important à noter, puisqu'il sert à faire distinguer l'ictère de quelques autres affections. On a même dit que la coloration jaune occupait le grand angle de l'œil avant les autres points, mais le fait n'est pas hors de doute.

La couleur jaune gagne ensuite la sace; c'est sur les parties peu colorées ordimirement, comme les ailes du nez, le pourtour des lèvres, qu'on la voit d'abord

⁽¹⁾ Thèse cilée, p. 15.

apparaître, puis elle envahit le front et les autres parties; les joues, surtout lorsqu'elles sont très colorées, conservent encore, à une époque assez avancée, un reste de leur couleur naturelle. M. le docteur Villeneuve (1) a avancé, comme un fait à peu près général, que les *lèvres* deviennent d'abord pâles, puis d'un jaune intense. Mais cet auteur a pris l'exception pour la règle, car la coloration jaune des lèvres ne survient que dans des cas où l'ictère est extrêmement intense et souvent chronique.

Les parties du corps qui sont ensuite colorées les premières sont la poitrine et les bras; puis viennent le cou et le ventre, et enfin les avant-bras, les mains et les membres inférieurs. Aux extrémités, on voit les ongles présenter une coloration jaunâtre avant que la peau environnante soit colorée. Tout récemment, M. le docteur de Lonjon (2) a signalé la teinte jaune uniforme qui occupe le voile du palais et qui s'arrête brusquement à la voûte palatine. C'est, comme on le voit, dans les parties les moins colorées habituellement que se montre d'abord l'ictère, et tout porte à croire, comme on l'a dit, que cette apparition de la jaunisse, plus hâtive dans ces parties, dépend plutôt de la facilité plus grande qu'on a à la découvrir, que de la plus grande perméabilité des tissus.

La coloration commence toujours par être beaucoup moins intense qu'elle ne doit le devenir dans la suite. Ce n'est souvent, en effet, qu'une légère teinte jaune clair répandue sur une plus ou moins grande partie du corps; mais, à mesure que la maladie marche, cette teinte devient d'un jaune foncé, verdâtre, verte, et parfois d'un vert si foncé, qu'on a rangé ces cas parmi les faits de coloration due à des causes diverses, et auxquels on a donné le nom d'ictères noirs.

Dans certains cas, au lieu de se répandre uniformément sur tout le corps, la coloration ictérique n'occupe qu'une seule partie. Dans d'autres, les diverses teintes qui viennent d'être indiquées se trouvent combinées de manières diverses; mais ce sont là des cas plutôt curieux qu'utiles à connaître, et qu'il suffit de mentionner.

En même temps que se maniseste cette coloration, on voit survenir chez quelques malades des démangeaisons souvent sort vives, et qui empêchent même parsois le sommeil. Cependant il ne saut pas croire que ces démangeaisons soient un symptôme aussi fréquent que l'ont dit la plupart des auteurs. Dans les seize observations dont j'ai déjà parlé, elles ne sont jamais mentionnées, et, dans plusieurs cas même, il est dit positivement qu'elles manquaient. C'est donc seulement dans quelques cas remarquables, et dont on trouve des exemples dans divers auteurs, que ce phénomène a lieu. Ces démangeaisons sont générales, et la peau ne présente ni rougeur ni éruption qui puisse expliquer leur apparition.

On a cité encore, comme appartenant à l'ictère, une desquamation fur sur cée, et la chaleur brûlante de la peau; mais les cas de ce genre sont exceptionnels, surtout dans l'ictère spasmodique.

Du côté du foie, on trouve quelques symptômes qu'il importe de noter. Parmi les observations que j'ai rassemblées, il en est onze dans lesquelles une douleur plus ou moins vive a été constatée, et une seule où il est dit que la douleur était nulle. Dans les autres cas, il n'est point fait mention de ce symptôme. La proportion des cas où la douleur s'est produite paraîtra sans doute considérable; car c'est

⁽¹⁾ Diet. des sciences médicales, t. XXIII, 1818.

une opinion généralement répandue, que, le plus souvent, on ne trouve aucun symptôme dans la région hépatique; mais les choses ont été parfaitement constatées dans les observations que j'ai sous les yeux, et si l'on ne peut pas, d'un aussi petit nombre de faits, conclure que la douleur est un symptôme ordinaire de l'ictère, on doit du moins reconnaître que des recherches plus exactes doivent être faites sur ce point.

Le siège de la douleur est presque toujours l'hypochondre droit; mais rarement il reste limité à cette région. La douleur gagne ordinairement l'épigastre, parsois le flanc droit, la région lombaire, et même la région dorsale. Rarement cette douleur est vive; parsois elle se maniseste spontanément, et est en même temps exaspérée par la pression: c'est ce qui avait lieu dans un des cas que j'ai sous les yeux. Dans les autres, elle est simplement spontanée, ce qui est le cas le plus ordinaire; ou bien encore, elle ne se maniseste que sous la pression: c'est ce qu'on observait chez quatre sujets. Je n'ai pas besoin de saire ressortir l'importance de ce symptôme, qui, je le répète, a été beaucoup trop négligé.

La palpation et la percussion doivent être employées avec soin pour reconnaître l'état du foie et de la vésicule biliaire. Dans ces derniers temps, on a beaucoup insisté sur l'état de cette dernière dans l'ictère spasmodique. Suivant M. Piorry, la vésicule se trouve distendue par la bile, sinon dans la totalité des cas, du moins dans un bon nombre, et il résulte de cette distension une matité particulière ayant son siège au-dessous du rebord des fausses côtes, derrière le muscle droit, et présentant la forme du fond de la vésicule; de telle sorte que, cette matité étant limitée en bas par l'intestin qui donne un son clair, on peut facilement trouver la circonférence de la vésicule distendue. Dans deux des cas dont je donne l'analyse, il y a eu, au niveau de la vésicule biliaire, une matité dépassant légèrement le bord inférieur du foie, mais, dans les autres, on n'a observé rien de semblable. J'ai souvent recherché avec soin cette matité dans d'autres cas que je n'ai point mentionnés ici, et presque toujours je l'ai vue manquer complétement; en sorte que M. Piorry a donné comme une règle générale ce qui n'est, en réalité, qu'une exception.

Il est fort rare également que l'on sente, soit par la palpation, soit par la percussion, une augmentation de volume du foie. Dans deux cas seulement, on a constaté que le bord inférieur de l'organe débordait les fausses côtes, mais d'un travers de doigt seulement. Malheureusement, on a négligé de s'assurer, à la sortie des malades, si le foie était revenu à son volume normal; on ne peut donc pas savoir s'il y avait chez eux un volume du foie naturellement plus grand qu'à l'ordinaire, ou s'il existait un gonflement morbide. En somme, on voit que la palpation et la percussion, qui sont si utiles dans les cas où l'ictère est occasionné par une affection organique du foie, ne nous apprennent autre chose, dans l'ictère spasmodique, que l'absence presque complète des symptômes locaux que ces moyens d'exploration sont destinés à faire découvrir.

L'état de l'urine se rattache si directement aux symptômes qui viennent d'être indiqués, que je dois le mentionner ici. Ce liquide est généralement peu abondant, variant du jaune soncé au rouge brun, et ordinairement présentant cette dernière teinte. Il paraît épais, et cependant, dans les cas d'ictère spasmodique, il conserve sa transparence, et ne donne pas lieu à des dépôts plus abondants que

dans l'état de santé. Parsois on voit que sa surface est brillante et irisée comme si elle était recouverte d'une légère couche de matière grasse. Mais cet aspect huileux des urines est loin d'être constant; il a vaimement été recherché dans la plupart des cas dont je présente l'analyse. Cet état des urines est dû à la présence des parties constituantes de la bile, et surtout à la matière colorante. Celle-ci y est quelquesois tellement abondante, que le linge des malades en est sortement taché en jaune.

Du côté des voies digestives, on trouve des symptômes importants. L'appetit est généralement perdu, et nous avons vu plus haut qu'il l'était ordinairement avant même l'apparition de l'ictère. Au bout de quelques jours, il peut se rétablir, alors même que la coloration n'a rien perdu de son intensité; mais cela n'a pas lieu, du moins dans la grande majorité des cas, lorsque la jaunisse sait encore des progrès.

On a indiqué comme un symptôme appartenant à l'ictère une soif assez vive; mais les cas dans lesquels on observe ce symptôme sont exceptionnels. Parmi les sujets dont j'ai l'observation sous les yeux, un seul a eu une soif médiocre. On a sans doute été induit en erreur par des cas de véritable hépatite.

La langue n'offre, quoi qu'on en ait dit, rien de remarquable : naturelle chez six sujets, jaunâtre seulement chez trois autres, elle ne présentait d'amertume que dans deux cas; en somme, on ne trouvait dans l'état de la bouche rien qui ressemblat complétement à la description qu'on en donne ordinairement, et qui est commune à toutes les affections réputées bilienses.

Les vomissements, sans être, à beaucoup près, un symptôme essentiel de la maladie, ont cependant plus d'importance que quelques auteurs ont voulu le dire. Sur six sujets parmi les seize dont j'ai déjà parlé, il y a eu des vomissements qui cinq fois étaient formés de matières vertes ou jaunes, et très amères, c'est-à-dire de bile. Ce symptôme se montre ordinairement dans les cas d'ictère intense. Nous avons vu, à l'occasion du début, qu'il fallait l'attribuer plutôt à la perversion de la sécrétion biliaire qu'à un état pathologique de l'esto-mac. Des nausées accompagnent toujours ces vomissements, et par moments existent seules.

L'état des selles doit toujours être examiné concurremment avec l'état des urines. Dans la majorité des cas, on observe une constipation plus ou moins opiniâtre, et les matières rendues sont sèches, dures, décolorées. Cette dernière circonstance, jointe à la présence de la bile dans les urines, prouve que ce liquide, en même temps qu'il a passé dans le sang, a cessé de couler dans l'intestin. Il est quelques cas où, tout en présentant la décoloration que je viens d'indiquer, les selles restent normales sous tous les autres rapports; ces cas sont rares. On voit aussi chez quelques sujets se montrer, dans le cours de la maladie et pendant un temps plus ou moins long, un dévoiement qui, dans aucun des cas que j'examine, n'a été abondant et n'a exigé aucun moyen pour l'arrêter. Ce qu'il y a eu de remarquable, c'est que, chez un sujet, les selles étaient entièrement décolorées, alors même qu'il existait de la diarrhée.

La céphalalgie est un symptôme qui est regardé comme très fréquent dans l'ictère; cependant je ne le trouve mentionné que dans deux des cas que j'ai cités plus haut. Il reste donc encore à faire des recherches exactes sur ce point. Du

reste, la céphalalgie est générale et ne présente rien qui soit propre à l'affection dont il s'agit.

Rarement il existe de la fièvre dans le cours de l'ictère, et même, lorsque l'on peut constater la présence d'un mouvement sébrile, on le trouve ai léger, qu'à peine est-il nécessaire d'en tenir compte. Ainsi, chez les sujets déjà cités, le pouls n'est monté à quatre-vingt-douze que dans un seul cas où il existait des symptômes de bronchite. Dans les autres, il ne s'est pas élevé au-dessus de quatre-vingt-huit, où il n'est resté que très peu de temps, retombant parsois au-dessous du type normal. Un sujet n'offrit que cinquante-deux pulsations pendant toute la maladie. Le plus souvent le pouls est calme, sa largeur n'est pas augmentée, en un mot il est maturel.

Les sueurs ne sont pas un symptôme qui appartienne en propre à l'affection. Cependant, chez quelques malades, on trouve soit une simple meiteur, soit une seur médiocrement abondante, et quelquesois, lorsque l'ictère est très insense, on remarque que le liquide de la transpiration tache en jaune le linge du malade. Les cas de ce genre sont exceptionnels.

Pendant que tous ces symptômes se produisent, il est rare que les forces subissent quelque altération. Au commencement de l'affection, il peut arriver, comme nous l'avons constaté, qu'on observe un certain degré de courbature, et alors les forces sont plus ou moins opprimées; mais cet état ne dure pas, et bientôt les milades peuvent agir à peu près aussi bien que dans l'état de santé.

letère à forme grave. Les symptômes ont une intensité bien plus grande, et il s'en est montré quelques uns que nous n'avons pas signalés.

La cardiulgie est ordinairement très violente, et la douleur est exaspérée par la pression.

On observe des étouffements et une grande anxiété précordiale.

Il survient des vomissements répétés : d'abord aqueux, puis bilieux.

L'appétit est en général complétement perdu. Quelquesois il y a une sensation de saim anormale. Le ventre est quelquesois ballonné et douloureux. Tantôt on cherve des selles diarrhéiques et bilieuses; tantôt une constipation opiniatre. Les wines ont le caractère ictérique habituel.

Il survient des hémorrhagies diverses. Ce sont principalement des épistaxis abondantes, parsois difficiles à arrêter; l'hématémèse, l'hémorrhagie intestinale; des hémorrhagies interstitielles; des ecchymoses sous-cutanées et sous-séreuses; des hémoptysies. Dans un cas que j'ai observé à la Pitié, il y a une dizaine d'années, j'ai vu une péricardite hémorrhagique.

On observe ensuite un délire variable, parsois violent, des convulsions, des frissons, des tremblements nerveux.

Au délire succède la somnolence et le coma.

La respiration est souvent anxieuse; il y a de la dyspnée.

Le pouls, d'abord fréquent, devient ensuite lent, et ordinairement irrégulier. Par moments il y a un retour de la fréquence à laquelle succède la lenteur.

Dans quelques cas, le coma se maniseste presque dès le commencement. Au reste, il est à remarquer que les symptômes sont souvent très variables.

A une époque plus avancée, les sens paraissent anéantis. Il y a une prostration générale et complète, au milieu de laquelle se manifeste par moments une agitation vive et passagère.

Les selles sont rendues involontairement, ou bien la constipation persiste phi opiniâtre que jamais, et à ce symptôme se joint la rétention d'urine.

On observe, en outre, le refroidissement de la peau qui devient visqueuse, dilatation de la pupille et son immobilité dans les derniers moments.

Puis le coma devient plus prosond; il survient des paralysies diverses (paralysiaciale, résolution des membres); quelquesois les convulsions persistent.

Le pouls reprend sa régularité, devient très fréquent, petit, misérable.

Enfin le malade succombe dans une insensibilité complète.

Dans les cas où la maladie doit se terminer par la guérison, on voit d'abord di paraître les paralysies. Puis la cardialgie cesse et les autres symptômes s'amélierent. Mais tout cela n'a pas lieu sans des alternatives de mieux et de plus mal. I faiblesse persiste souvent longtemps. L'estomac conserve une plus ou moins grans susceptibilité. Il y a encore quelques épistaxis. Quelquesois la vue reste trouble pendant un certain temps. La teinte ictérique ne se dissipe souvent qu'avec les teur. Dans un cas que j'ai observé récemment à l'hôpital Sainte-Marguerite, il y eu un cedème considérable des membres insérieurs, qui a mis un temps sort lou à se dissiper. On a signalé quelques phénomènes critiques; mais les faits ne sor ni assez nombreux ni assez concluants pour fixer notre opinion sur ce point (1).

2° lctère symptomatique. Telle est la description de l'ictère spasmodique Trouvons-nous, dans les cas d'ictère symptomatique, quelque chose qui en difère? On peut dire, d'une manière générale, que ce dernier ictère est de plu longue durée et qu'il se produit moins rapidement; mais encore, sous ce rapport il y a une très grande variabilité selon l'espèce d'affection sous l'influence de la quelle se produit l'ictère. C'est ainsi que les caractères qui viennent d'être men tionnés sont surtout propres à la jaunisse qui se montre dans le cours des affections chroniques du foie.

Quant à l'intensité de la coloration morbide, aux démangeaisons, aux trouble intestinaux, à l'état des urines et des selles, on ne trouve point de différence réclie du moins pour la majorité des cas. Au reste, dans l'ictère symptomatique, ces derniers symptômes sont presque toujours sous l'influence de la lésion hépatique qu'il faut avoir grand soin de rechercher.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

Il est bien évident qu'il ne doit s'agir ici que de l'ictère simple, spasmodique, essentiel. Il serait, en essentiel impossible d'indiquer d'une manière générale la marche. la durée et la terminaison de l'ictère lié aux assections du soie, puisque tout dépend de ces assections elles-mêmes, si variables dans leur acuité et dans leur gravité.

Nous avons vu que, dans un certain nombre de cas, l'ictère a une marche extrêmement rapide au début. Il faut un temps très court, quelques minutes (ce qui est fort rare) ou quelques heures, pour que le corps devienne entièrement jaune chez certains individus. Mais dans la grande majorité des cas, on voit la maladie marcher bien plus lentement, et envahir, dans l'espace de trois ou quatre jours, les diverses parties du corps dans l'ordre indiqué plus haut; puis l'affection semble rester stationnaire pendant quelques jours encore, et enfin on la voit disparaître en sens in-

⁽¹⁾ Tous ces symptômes sont exposés avec beaucoup de soin dans la thèse de M. Ch. Ocanam. qu'on consultera avec fruit sur ce point, comme sur tous les autres.

verse de son apparition, c'est-à-dire que les extrémités, puis les membres, puis le tronc, et enfin la face, reprennent progressivement leur couleur naturelle. Les sclérotiques, qui étaient devenues jaunes les premières, conservent encore la couleur morbide lorsqu'elle a disparu partont ailleurs.

Dans l'ictère grave, M. Ch. Ozanam a décrit deux périodes, l'une d'excitation, ayant pour principaux symptômes l'agitation, le délire, les convulsions, les dou-leurs, les vomissements; l'autre de collapsus dont les principaux symptômes sont les paralysies, le coma, les diverses hémorrhagies autres que les épistaxis. Mais il n'est pas toujours facile de séparer ces deux périodes, les symptômes dans l'une et dans l'autre étant très variables, comme je l'ai dit plus haut.

La durée de l'ictère est assez variable; on peut dire que, dans les cas les plus ordinaires, elle a pour limites dix-huit et trente jours. Parmi les sujets dont j'ai les observations sous les yeux, deux seulement n'ont été guéris qu'au bout de quarante-cinq jours. Aucun n'a été malade moins de dix-huit jours.

Dans l'ictère grave la maladie se termine parsois par la mort en un temps très court (deux ou trois jours).

La terminaison de l'ictère simple ou spasmodique est toujours heureuse; on n'a pas cité un seul cas où cette maladie ait entraîné à sa suite des accidents graves; et si quelquesois on a pu croire qu'il en était ainsi, c'est qu'on a pris pour un ictère simple un ictère lié à une affection commençante du soie, affection qui s'est momentamément améliorée pour se reproduire plus tard, ou bien c'est qu'on a eu affaire à de simples coıncidences.

L'ictère essentiel à forme grave offre, au contraire, un extrême danger, car seize cas rassemblés par M. Ch. Ozanam (1), il n'y eut que deux guérisons.

§ V. — Lésions anatomiques.

letère bénin. D'après ce que je viens de dire de la terminaison constamment heureuse de la maladie, on comprend que ce qu'on a avancé sur l'état anatomique du foie, dans l'ictère simple, n'est pas sondé sur l'observation. Je ne connais pas d'autopsie saite dans des circonstances savorables pour étudier cette question, c'està-dire chez un sujet qui, étant affecté d'ictère simple, aurait succombé à une affection intercurrente ou par suite d'un accident. On peut donc supposer, d'après l'état de dilatation dans lequel on voit quelquesois la vésicule biliaire, que l'organe hépatique se trouve lui-même imbibé de bile; mais il y a loin de cette supposition à une démonstration directe.

Quant à l'état des divers tissus par suite de suffusion biliaire, il suffit de dire que tous, jusqu'à la substance spongieuse des os, jusqu'au tissu du cœur et même à la substance cérébrale, ont été, dans quelques circonstances, trouvés d'une couleur jaune plus ou moins foncée. Mais c'est le tissu adipeux qui, d'après les recherches de Valsalva et du docteur Vedemeyer (2), est le plus fortement coloré. Quant au tissu cellulaire et aux membranes séreuses, souvent la coloration y est moins marquée, ce qui n'empêche pas les liquides contenus dans ce tissu et dans les cavités séreuses d'avoir une coloration très foncée. Mais il serait inutile d'insister davantage sur ces détails, car la matière colorante de la bile se trouvant dans

¹⁾ Thèss cilée, p. 23.

¹³⁾ Journ. des progr.

le sang, on conçoit sacilement qu'il n'est pas de tissu où ce liquide ne puisse affer porter la coloration jaune.

Ictère grave. Dans les cas rassemblés par M. Ozanam on ne trouve pas de lésions anatomiques propres à l'affection; c'est ce qui lui sait donner le nom d'ictère essentiel. Je ne m'arrêterai, par conséquent, pas à décrire les congestions, les hémor rhagies, les diverses colorations qu'on trouve dans les organes, ainsi qu'on devait le prévoir d'après les symptômes observés pendant la vie.

Les altérations anatomiques propres à l'ictère symptomatique ont été indiquées dans chacun des articles consacrés aux diverses affections qui lui donnent lieu.

§ VI. - Diagnostic; pronostic.

Diagnostic. Il est extrêmement facile, dans la très grande majorité des cas, de s'assurer qu'il existe un ictère; mais d'abord lorsque la coloration en jaune, due à la suffusion de la bile, est encore commençante et très peu intense, on peut la confondre avec des colorations morbides dues à quelques autres maladies; en se cond lieu il importe de donner quelques signes qui fassent reconnaître que l'ictère est réellement simple et n'appartient pas à une affection organique du foie. Enfin, nous avons vu qu'il peut se présenter des cas dans lesquels les symptômes sont très intenses et où l'on peut croire à l'existence d'une autre maladie: ce sont ceux dans lesquels l'ictère se présente sous la forme grave. Sous ces points de vue, le diagnostic de l'ictère mérite de nous arrêter un instant.

La fièvre jaune présente, comme chacun sait, parmi ses principaux caractères, une coloration réellement ictérique; mais il est des circonstances qui ne permettent pas de confondre cette maladie avec un ictère ordinaire. D'abord la sièvre jaune est une affection épidémique; elle est remarquable par une sièvre intense, et. ainsi que l'a constaté M. Louis, la couleur jaune des yeux est précédée d'une injection rouge, toujours plus ou moins marquée. En outre, on a pour se guider les hémorrhagies, la suppression de l'urine, symptômes si remarquables dans la fièvre jaune. La dissérence entre les deux affections est d'autant plus tranchée, qu'on ne pourrait les confondre que dans les cas de sièvre jaune très légère. Or, dans celleci, l'ictère manque fréquemment, ainsi que l'a encore noté l'auteur que je viens de citer. Je n'ai pas cru devoir passer sous silence ce diagnostic qui peut nous paraître peu important, parce que la sièvre jaune n'est pas une assection de nos climats, mais qui, dans les lieux où cette maladie sévit, a au contraire un intérêt très grand, puisqu'au commencement des épidémies on peut être embarrassé sur les premiers cas qui apparaissent, et que parsois aussi on peut avoir assaire à des cas de sièvre jaune sporadique.

Dans les cas d'ictère essentiel à forme grave, le diagnostic, entre cette affection et la fièvre jaune, a plus d'importance. On le comprendra sans peine quand on saura que quelques médecins, trompés par les apparences, ont cru que les cas d'ictère grave observés en France et en Angleterre pourraient être rapportés à la sièvre jaune, et qu'on lui a même donné les noms de typhus d'Amérique et de fierre jaune d'Édimbourg. Voici les deux principaux signes qui servent à distinguer ces deux affections:

La fièvre jaune arrive, en général, avec plus de rapidité à un haut degré de gra-

vité. Elle présente, dans les premiers jours, une injection générale des téguments, avec rougeur des yeux et larmoiement. Dans l'ictère grave, au contraire, le début et souvent très bénin, et les yeux n'offrent une injection veineuse prononcée qu'après quelques jours de maladie. Dans la flèvre jaune, les hémorrhagies autres que l'épistaxis arrivent plus promptement, sont plus nombreuses et plus variées. Il y a, en particulier, des vomissements noirs, qui ont valu à la maladie le nom de comito negro, et qu'on ne retrouve plus dans l'ictère grave. Dans la fièvre jaune, il y a, en général, plutôt une ictéricie qu'un véritable ictère; et dans la seconde période, elle présente une intégrité des fonctions intellectuelles souvent très remarquable. Nous avons vu, au contraire, que, dans l'ictère, le coma remplaçait un délire plus ou moins violent. Enfin, on a noté dans l'ictère grave des éruptions resédiques ou autres, qui ne sont pas mentionnées dans la fièvre jaune (1).

Dans la chlorose, il existe une pâleur à laquelle se mêle souvent une teinte légèment jaunâtre; mais on ne peut pas confondre cet état avec un ictère simple ou pamodique, par la seule raison que la chlorose est une affection chronique, et que, pendant son cours, la coloration dont nous venons de parler reste stationnaire, et du moins ne dépasse pas des limites très bornées. On pourrait tout au plus confedre la teinte jaunâtre de la chlorose avec certains ictères symptomatiques légen, et produits par une lésion chronique du foie. En pareil cas, l'état stationnaire de la teinte chlorotique, la décoloration des muqueuses de l'œil, l'absence de couleur jaune sur la sclérotique, joints aux symptômes propres à la chlorose (2), font facilement éviter l'erreur. Les mêmes réflexions s'appliquent à la couleur jaune-paile du cancer et jaune terreuse des fièvres intermittentes, et l'on a également, pour se guider, les symptômes propres à ces affections, qui sont ordinairement très tranchés.

Quant à la teinte jaune terreuse due à l'intoxication saturnine, et désignée sous le nom d'ictère saturnin, elle dissère de celle de l'ictère proprement dit en ce qu'elle est toujours meins intense, en ce qu'elle s'est produite lentement, qu'elle s'occupe pas les sclérotiques, qu'elle s'accompagne du liséré ardoisé des gencives sulour du collet des dents, et ensin qu'il n'y a ni aspect bilieux des urines, ni décoloration des selles, phénomènes qui ne se rencontrent pas davantage dans les affections précédemment énumérées. Ce qui prouve qu'il n'y a aucun rapport entre exte coloration due à l'empoisonnement par le plomb et celle qui est causée par la susuion de la bile, c'est que, dans les cas où la colique de plomb se complique d'un véritable ictère, les choses deviennent tout à sait dissérentes, et les symptômes se passent exactement comme nous l'avons indiqué dans la description précédente; et les satte de ce genre ne sont pas rares. M. Tanquerel des Planches (8) a vu, en estet, cinquante et une sois l'ictère se produire dans le cours de la colique de plomb, et j'ai cité plus haut un fait du même genre.

Je ne parlerai pas de diverses autres colorations, telles que la cyanose, la couleur particulière produite par le nitrate d'argent pris à l'intérieur, etc., parce qu'elles dissèrent trop de celles qui constituent l'ictère.

Maintenant, quels sont les signes propres à faire reconnaître si l'ictère est réel-

¹¹⁾ Voy. CH. OZANAM, These citée, p. 75 cl suiv.

⁽¹⁾ Voy. t. II. article Chlorose.

⁽³⁾ Trailé des maladies de plomb, t. 1°, p. 227.

Eau..... Q. s.

Ajoutez à la colature de 120 grammes de cette décoction :

Sirop de camomille........... 30 gram.

Dose: une cuillerée à bouche toutes les trois heures.

Purgatifs. Les purgatifs sont d'un usage général; on donne ordinairement des purgatifs doux, comme les seuls neutres, l'huile de ricin, et chez les ensants les surops de nerprun et de chicorée.

Le calomel a été aussi vanté. Michaelis (1) et Hufeland lui-même (2) en ont vanté l'efficacité. Ce dernier l'associait à de petites doses de rhubarbe. Suivant Laubender (3) et Pitschast (4), l'aloès a une efficacité particulière. Le premier administrait cette substance à la dose de 0,25 grammes deux ou trois sois par jour d'abord, puis à une dose moins élevée, et le second recommandait la formule suivante:

· A prendre par cuillerées à bouche.

La rhubarbe surtout a joui d'une grande réputation, mais rien ne prouve qu'elle agisse d'une autre manière que les autres purgatifs qui viennent d'être mentionnés. On donne ce médicament sous les formes les plus diverses. Aux adultes on le prescrit à la dose de quatre à six grammes en poudre. Chez les enfants, on peut le donner sous forme de sirop ou de pastilles, etc. Dans le traitement de l'ictère, on l'a associé aux substances les plus variées. Il serait inutile d'indiquer ici les diverses formules.

Les narcotiques ont encore été préconisés. Parmi eux il saut distinguer d'abord la ciguë, qui, d'après Stoerck, serait un véritable antiictérique, lorsqu'elle est jointe aux pitules de Belloste, selon la sormule suivante:

Le docteur Mac-Grégor unit cette substance au quinquina.

Je citerai encore la belladone, parce qu'elle a été fortement recommandée par le docteur Greding (5) et par Richter (6). Ce dernier a appliqué ce médicament sous sorme topique; et comme sa sormule contient en même temps plusieurs autres substances destinées à combattre l'ictère, je crois devoir l'indiquer ici:

Prenez la moitié du mélange, étendez-le sur du cuir, et appliquez-le sur l'hypochondre.

Je pourrais multiplier beaucoup ces indications de remèdes; mais, comme on

⁽¹⁾ Hufeland's Journ., t. XXXIV.

⁽²⁾ *Ibid.*, t. XXVIII.

⁽³⁾ All. med., Ann., 1801.

⁽⁴⁾ Hufeland's Journ., 1833.

⁽⁵⁾ De bellad. virib., etc.

⁽⁶⁾ Spec. therap., t. 1V.

le voit, nous ne pouvons que signaler la plus ou moins grande confiance que les auteurs ont eue en eux, et nullement leur efficacité. Je me contenterai donc d'ajouter qu'on a encore recommandé les ferrugineux, le quinquina (Camerarius), la graine de chancre (Sylvius), la glace, la thériaque (Galien), et enfin le gayac, le safran, le jaune d'œuf, le suc de carotte, etc. Ces dernières substances ont été prescrites principalement à cause de leur couleur jaune, et ce seul fait suffit pour montrer combien peu on doit avoir de confiance en elles.

En somme, on voit que nous n'avons sur ce point de thérapeutique que les renseignements les plus vagues. Pour parvenir à quelque résultat utile, il faudrait nécessairement, après avoir bien étudié la marche de la maladie et sa durée, réunir un nombre suffisant de cas dont le diagnostic serait bien positif, et à l'aide desquels on rechercherait non si les individus ont guéri, puisque dans l'ictère simple la guérison est constante, mais quels ont été les effets immédiats des médicaments, et en combien de temps on a obtenu la guérison. Mais c'est un travail auquel personne n'a pensé.

Tout ce que nous pouvons conclure des détails présentés plus haut, c'est que le traitement doit principalement consister dans l'emploi des purgatifs doux, de quelques narcotiques à dose peu élevée s'il y a une gêne marquée dans l'hypochondre droit, et dans l'administration de boissons délayantes. Les délayants et les moyens qui entretiennent la liberté du ventre suffisent presque toujours, sinon toujours. La guérison est prompte sous leur influence. C'est un fait qu'il est important de constater, afin qu'on ne se croie pas obligé de fatiguer les malades par des remèdes inutiles.

Quant au régime, nous avons vu que, dans les premiers jours, l'appétit était fortement diminué ou perdu. Les malades ont alors naturellement tenus à la diète. Plus tard, lorsque l'appétit revient, on ne doit pas être trop sévère, et l'on ne doit pas craindre de permettre des aliments légers; car, ainsi que nous l'avons vu, les voies digestives n'offrent aucune lésion réelle. Le repos, l'absence de toute contention d'esprit et l'éloignement de tout ce qui pourrait produire quelque émotion morale, complètent les précautions générales qu'il importe de prendre dans l'ictère.

Traitement de l'ic ère essentiel à forme grave. Il faut dire d'abord que les principaux moyens de traitement prescrits dans la forme bénigne ont été aussi mis en usage dans la forme grave.

Les saignées et en général les antiphlogistiques sont employés avec ménagement par tous les auteurs; on n'a recours aux émissions sanguines que contre les congestions.

Les purgatifs sont d'un fréquent usage; mais, dans les cas connus, ils n'ont pas en de succès bien évidents, pas plus que les mercuriaux, et en particulier le calomel, très employés par les Anglais.

M. Corrigan accorde une très grande efficacité aux vomitifs, et surtout à l'ipé-cacuanha qu'il donne à la dose de 2 grammes tous les deux jours. Depuis cinq ans qu'il l'emploie, il n'a, dit-il, perdu aucun malade (1). C'est donc un moyen qu'il faut vivement recommander au praticien.

Les vésicatoires ont réussi dans quelques cas à arracher les malades au coma.

⁽¹⁾ Voy. CH. OZANAH, Thèse citée, p. 97.

M. Baudon (1) a réussi, en en appliquant un sur le trojet du nerf phrénique, à dissiper un hoquet durant depuis plusieurs jours.

L'opium n'a pas réussi. La belladone (voy. le traitement de M. Greding, p. 258) n'a pas eu plus de succès dans un cas observé par M. Ozanam. Cet auteur (2) cite deux cas dans lesquels l'alcoolature d'aconit (10 gouttes et plus) a réussi à enrayer les symptômes.

Le cyanure de potassium, l'éther, le castoreum, n'ont eu aucun effet heureux appréciable.

Diurétiques. Je dois ajouter que, dans un cas excessivement grave que j'ai traité, en 1849, à l'hôpital Sainte-Marguerite, j'ai vu le malade guérir après l'administration prolongée du nitrate de potasse à la dose de 4 à 6 grammes par jour. C'est un fait qui doit engager les praticiens à mettre en usage les diurétiques.

Il n'est point nécessaire, comme on le voit, de donner des ordonnances pour le traitement si simple que nous adoptons.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émollients; émissions sanguines; sels neutres et alcalins; ammoniaque; acides; vomitifs et principalement ipécacuanha; purgatifs; narcotiques; ferrugineux, quinquina; antispasmodiques; aconit; diurétiques, etc.; soins hygiéniques.

CHAPITRE III.

MALADIES DE LA RATE.

Les affections de la rate sont beaucoup moins bien connues encore que celles du foic; M. le docteur Heinrich (3) a réuni le plus grand nombre des saits relatifs aux affections de la rate pour en faire une histoire complète, et l'on peut voir clans son ouvrage combien les documents sont encore insuffisants sur beaucoup de points.

Mais heureusement que, considérées comme affections indépendantes, elles sont rares, et que, dans un très grand nombre de cas, elles ne donnent lieu à aucun accident grave. Aussi ce n'est guère que sous le rapport de l'anatomie pathologique qu'elles ont été étudiées. Un seul état morbide a donné lieu à des recherches et à des discussions importantes : c'est l'engorgement de la rate dans les fièvres intermittentes; mais ce n'est pas dans ce chapitre que je dois traiter ce point très intéressant, qui sera étudié avec le plus grand soin à l'article consacré aux fièvres intermittentes.

Ayant mis cette question de côté, il nous reste, comme on peut le voir, bien peu de chose à dire sur les affections de la rate. Il n'en est que trois, en effet, qui méritent de nous arrêter un instant : ce sont d'abord la splénite et l'engorgement chronique de la rate, considérés indépendamment des sièvres intermittentes. Mais nous avons si peu de renseignements précis sur ces maladies, surtout sons les

⁽¹⁾ Gas. med., 1846.

⁽²⁾ Thèse citée . p. vv.

⁽³⁾ Die I. rankheiten der Mila, etc.; Leipsick, 1847.

SPLENITE. 261

rapports étiologique, pathologique et thérapeutique, que je ne pourrais, sans tomber dans des détails oiseux, chercher à les envisager sous ces divers points de vue.

La troisième de ces affections est la rupture de la rate, qui produit des accidents promptement mortels. Dans ces derniers temps, M. Vigla (1) a publié sur cette lésion un mémoire d'un très haut intérêt; mais, comme l'a très bien remarqué ce médecin, la rupture de la rate n'est point un accident dû à une affection primitive; elle survient dans le cours de maladies fébriles, dont l'état particulier de l'organe qui donne lieu à la rupture est une simple conséquence. Il suffira donc d'indiquer en peu de mots ce qui, d'après les recherches de M. Vigla, appartient en propre à cette rupture, sauf à y revenir dans la péritonite suraiguë, à propos des symptômes du début, et dans les affections diverses qui donnent lieu au travail morbide qui la précède.

ARTICLE 1er.

SPLÉNITE.

Cette maladie, extrêmement rare, est très peu connue: cependant on ne peut élever de doutes sur son existence, puisque plusieurs ouvertures de corps ont montré des abcès ayant leur siége dans le tissu splénique. Mais, alors même que l'inflammation est parvenue à un degré assez haut pour produire la suppuration, les symptômes sont obscurs, ou du moins les observations rares que nous possédons n'ont pas été prises avec assez de soin pour qu'on ait pu distinguer facilement les phénomènes qui caractérisent cette maladie. Voici en quelques mots ce qui, d'après les faits les plus précis, s'observe dans l'inflammation de la rate.

Causes. On ne sait rien de positif sur les causes prédisposantes: on a dit que les hommes étaient plus sujets à cette affection que les femmes, mais les preuves manquent. Ce que nous savons d'une manière certaine, c'est que la splénite est une maladie presque toujours secondaire.

Parmi les causes occasionnelles, je me bornerai à citer les violences extérieures, le refroidissement et les courses longues et rapides; encore l'existence de ces causes, sauf la première, n'est-elle pas mise hors de doute. Quant aux émotions morales, aux suppressions du flux, à l'extension de l'inflammation des organes voisins à la rate, on en a plutôt supposé que démontré l'existence.

Début. Les principaux symptômes du début qui ont été signalés sont les frissons, la chaleur et des sueurs abondantes (2); mais, dans les cas où les choses se passent ainsi, n'y a-t-il pas de véritables accès de sièvre intermittente?

Symptômes. Parmi les symptômes de la maladie confirmée, on a indiqué principalement la perte de l'appétit, la soif, les nausées, les vomissements, une tension, une gêne, une douleur plus ou moins vive dans l'hypochondre gauche et dans l'épigastre, douleur qui s'irradie vers l'abdomen et l'épaule gauche.

L'aspect de la région splénique ne présente rien de remarquable tant qu'un abcès superficiel ne s'est pas formé; mais si l'on pratique la percussion, on peut s'assurer qu'il y a un gonflement plus ou moins considérable de l'organe. On constate

(2) Dalmas, Dict. de med., article RATE.

⁽¹⁾ Recherches sur la rupt. spontan. de la rate (Arch. gén. de méd., déc. et janv. 1844-45).

en même temps un certain degré de sensibilité à la pression; et si le gonfiement est très considérable, la palpation exercée sous le rebord des fausses côtes gauches fait reconnaître une résistance avec sensibilité, due au développement de la rate du côté de l'abdomen.

Abcès. Dans les cas où un abcès considérable se produit, on observe des phénomènes analogues à ceux que nous avons décrits dans les cas d'abcès du foie, c'est-à-dire qu'il y a du gonslement, de l'empâtement, une rougeur dissuse, et qu'ensimune fluctuation plus ou moins maniseste finit par se produire. En général, c'est vers les lombes que se montrent ces signes d'accès, ce qui rend le diagnostic sort difficile.

Dans les cas d'inflammation intense, la fièvre est considérable, et, suivant queques auteurs, revient par accès irréguliers; mais il faudrait avoir des faits plus nombreux que ceux que nous possédons pour se prononcer sur ce point. Signalons seulement les faits suivants: M. le docteur Chiappini (1) a cité un cas d'abcès de la rate remarquable en ce qu'il y eut des accès de fièvre intermittente, mais qui ne se manifestèrent que le huitième jour de la maladie. Jusqu'alors la fièvre avait été continue. M. le docteur Charlton (2) a observé un cas semblable chez un homme de quarante-deux ans, habituellement bien portant. Les symptômes furent la soif, l'anorexie, une douleur vive dans le trajet du colon et à l'épigastre, une sensation de plénitude et de résistance dans l'espace compris entre les fausses côtes et l'ombilic, et un mouvement fébrile intense. Le malade succomba dans le marasme avec des symptômes cérébraux et fébriles violents. Il n'y avait pas d'intermittence réelle; seulement les jours étaient plus calmes que les nuits. A l'autopsie, on trouva dans la rate une cavité de 5 à 7 pouces de diamètre, pleine de pus mêlé de sang.

Ensin on a noté la constipation, l'abattement, et, plus tard, la diarrhée avec un affaiblissement extrême, l'agitation, le délire, phénomènes qui précèdent la mort de peu de temps, et qui peuvent être considérés comme des symptômes d'agonie.

Dans des cas observés par M. Cruveilhier, les symptômes les plus remarquables furent des nausées, des vomissements, de la suffocation, de l'angoisse, un pouls médiocrement fort et fréquent, et quelques signes de rémittence. M. Grisolle (3), qui rappelle ces faits, ajoute qu'il a vu un appareil de symptômes semblables, et, de plus, des phénomènes cérébraux, dans un cas de splénite circonscrite; mais il pense qu'en pareil cas la lésion était probablement une lésion secondaire d'une maladie indéterminée.

Lorsque l'affection se termine par la guérison, comme dans le cas cité par le docteur Rosch (4), on voit d'abord la sièvre cesser, puis les symptômes locaux diminuer, excepté toutesois la tumésaction, qui ne se dissipe que lentement, et toutes les autres sonctions se rétablir assez rapidement. Cet auteur a noté, dans le cas soumis à son observation, la couleur brun clair de la langue, des épistaxis, et une grande acidité de l'urine; mais je n'ai pas mentionné ces symptômes, parce qu'ils ont besoin d'être consirmés par d'autres observations.

⁽¹⁾ The Lancet, juillet 1845.

²¹ London med. Gaz., fevrier 1849.

⁽³⁾ Trailé de path. int., t. 1er, p. 293.

¹⁾ Algem. medic. Zeit., juillet 1835.

Marche; durée; terminaison. Nous ne pouvons rien dire de positif sur la marche, la durée, la terminaison de la maladie. Quelques auteurs ont assigné à la splénite une intermittence d'abord irrégulière, et qui tend ensuite à se régulariser; mais c'est un fait encore à étudier. Dans le cas rapporté par M. Rosch, l'affection se termina par résolution : on a cité quelques autres faits du même genre. On a vu aussi des abcès de la rate se vider, comme ceux du foie, dans l'intestin, dans l'estomac, dans les poumons et même dans le vagin (1). Dans quelques cas, on a vu l'abcès s'ouvrir à l'extérieur, et plus souvent encore on a donné issue au pus à l'aide de l'instrument tranchant. Les diverses évacuations du pus ne nous offrent rien qui n'ait été dit en détail à propos des abcès du foie; dans ces divers cas la terminaison peut être heureuse.

Lésions anatomiques. A l'ouverture des cadavres, on trouve la rate volumineuse, d'une couleur foncée, molle, friable, présentant parfois des traces d'infiltration purulente, quelquesois des collections de pus disséminées, et ensin des abcès volumineux.

Diagnostic. Le diagnostic de la splénite est disficile, si l'on en juge par l'embarras dans lequel se sont trouvés les médecins qui ont eu à traiter des abcès de la rate. Ce diagnostic, du reste, a été très peu étudié; il n'est pas assez précis pour que nous devions nous exposer, en le donnant en détail, à accréditer des idées erronées. Disons seulement que la douleur dans l'hypochondre gauche, la tumésaction de la rate, reconnue à l'aide de la palpation et de la percussion, le mouvement sébrile et l'absence de toute affection de l'estomac et des poumons, doivent porter à admettre l'existence d'une splénite.

Lorsqu'il se forme un abcès, on peut se demander s'il s'agit d'une suppuration du rein gauche ou du tissu cellulaire qui environne cet organe. Le cas est très difficile à diagnostiquer; je crois devoir renvoyer son étude à l'article où il sera question des maladies rénales.

Pronostic. Le pronostic est grave; cependant nous avons vu que la guérison avait lieu dans des circonstances assez nombreuses.

Traitement. Il sussit d'indiquer rapidement les divers moyens mis en usage. Les faits nous manquent pour les apprécier convenablement; c'est à l'observation ul-térieure à nous en saire connaître l'efficacité.

Émissions sanguines; émollients. Tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'il faut mettre en usage un traitement antiphlogistique actif. Ainsi on pratiquera la saignée générale; on fera une ou plusieurs applications de sangsues; on prescrira les ventouses scarifiées sur l'hypochondre gauche, et en même temps on aura recours aux bains, aux cataplasmes, aux fomentations, etc. Le malade sera tenu à une diète sévère, et on lui fera prendre des boissons adoucissantes et délayantes.

Purgatifs. Quelques médecins recommandent de légers purgatifs; mais il est donteux que ce moyen ait d'autres avantages que de tenir le ventre libre.

Antipériodiques. Il est une question thérapeutique relative à la splénite qui ne laisse pas d'avoir de l'importance. Nous avons vu plus haut qu'on avait assigné comme caractère à cette maladie une rémittence ou une intermittence plus ou

¹⁾ SCHLICHTING, cité par M. Dalmas, loc. cit., p. 261.

moins régulière. On a dû par conséquent être naturellement porté à administrer le sulfate de quinine. Mais quels succès a-t-on obtenus par ce moyen? C'est ce qu'il nous est absolument impossible de dire d'une manière rigoureuse. Constatons seulement ici que la plupart de ceux qui se sont occupés de cette affection ont recommandé l'administration du sel de quinine à la dose de 0,50 à 1 gramme et plus, selon les cas, et que plusieurs ont insisté sur l'avantage d'unir l'administration de ce médicament à l'emploi du traitement antiphlogistique.

ARTICLE II.

SPLÉNITE CHRONIQUE. ENGORGEMENT CHRONIQUE DE LA RATE.

Nous devons encore moins nous éteudre sur l'instammation et l'engorgement chroniques, parce que les éléments nous manquent presque entièrement. Il est vrai que l'on a cité un très grand nombre de saits, et que l'on a beaucoup disserté sur l'engorgement chronique de la rate à la suite des sièvres intermittentes; mais, je le répète, ce point de pathologie devra nous occuper plus tard. Ce qu'il nous importe seulement de rechercher ici, c'est ce qui appartient à l'instammation ou à l'engorgement chronique de la rate, indépendamment de la sièvre, soit que celleci n'ait point existé, soit que, après s'être montrée elle ait disparu et ait laissé comme conséquence un engorgement dont les signes persistent seuls.

Causes. Les causes de l'inflammation chronique bien caractérisée ne peuvent guère être cherchées que dans les violences extérieures. On a vu à la suite de coups, de chutes sur la région splénique, la rate se tumésier, devenir douloureuse, et présenter après la mort, survenue plus ou moins longtemps après la violence extérieure, des traces de suppuration. En pareil cas, l'existence de l'inflammation chronique n'est pas douteuse. Quelquesois on a trouvé une infiltration parulente, des collections de pus disséminées sur des sujets chez lesquels on ne pouvait découvrir aucune cause semblable, et dont on ne pouvait rapporter la maladie à aucun état pathologique antérieur. Ces cas d'inflammation chronique de la rate sont extrêmement rares.

Parmi les causes de l'engorgement chronique que nous ne pouvons pas rapporter d'une manière précise à l'inflammation, il faut placer en première ligne les fièrres intermittentes prolongées; c'est ce qui ressort de presque toutes les recherches des auteurs, dont on peut voir une nomenclature dans un article publié par M. Nivet (1). On a cité encore le scorbut, le rachitisme et les scrofules (2); mais dans la première de ces maladies, il s'agit d'un engorgement ordinairement aigu, et il n'est pas certain que l'affection se soit déclarée sous l'influence des autres. Presque tout reste encore à faire, comme on le voit, sur ces questions difficiles à résoudre.

Je ne crois pas devoir parler ici de l'hérédité, déjà signalée par Hippocrate, des professions, de l'hygiène en général, des saisons, etc., parce que ce sont à des questions secondaires qui ne peuvent être résolues qu'après les précédentes. Symptômes. On a cité un certain nombre d'exemples (3) qui prouvent que

⁽I) Arch. gén. de méd., 1838.

⁽²⁾ PREUSSI, cité par M. Nivet.

⁽³⁾ Foy. ceux que M. Nivet a empruntés à Vesale, Forestus, Mappus, etc.

l'hypertrophie très considérable de la rate peut exister sans que la santé en paraisse notablement altérée. Mais cette observation ne peut s'appliquer aux cas où il existe une inflammation chronique bien caractérisée. Dans ces cas, en effet, on trouve, outre les signes physiques que j'indiquerai plus loin, une douleur-plus ou moins vive dans l'hypochondre gauche, augmentée par la pression, par les grands mouvements, par la marche, et de plus on observe les symptômes de la fièvre hectique, qui entraîne plus ou moins rapidement le malade au tombeau, après l'avoir jeté dans le marasme. C'est, au reste, ce qui arrive dans tous les cas où un organe est envahi par une suppuration lente.

Chez quelques sujets, le petit accès fébrile que l'on remarque le soir dans toutes les suppurations chroniques est marqué; il cède même à l'emploi du sulfate de quinine, et l'on s'est empressé de citer ces cas comme venant à l'appui de l'opinion qui place le siège de la fièvre intermittente dans la rate. Mais on a oublié que pareille chose peut arriver dans les diverses affections chroniques dont la conséquence est la consomption, et que dans la phthisie, par exemple, on trouve des accès de fièvre revenant à la même heure, caractérisés par des frissons, de la chaleur et de la sueur, et cédant parfois complétement à l'emploi du sulfate de quinine, sans que la rate présente rien d'anormal.

Nous avons vu plus haut que l'engorgement chronique pouvait exister sans altérer notablement la santé; mais, en pareil cas, il existe des signes locaux qui servent à faire reconnaître la maladie. Ils sont dus presque tous à l'augmentation de volume de l'organe.

A l'aide de la palpation, il est toujours facile de reconnaître cette augmentation de volume; car, dans les cas d'engorgement chronique, la rate débordant, les sausses côtes gauches, se porte souvent jusque vers l'ombilic, et même vers le bassin. On reconnaît qu'il s'agit de l'engorgement de la rate, et non d'une autre tumeur, à la forme de l'organe qui se termine en bas en pointe mousse, et qui représente par conséquent un segment d'ovoïde, à la pénétration de la tumeur au-dessous des sausses côtes gauches, et ordinairement à son indolence.

Il est bien rarement nécessaire d'employer la percussion pour reconnaître du côté de l'abdomen un état aussi facile à apprécier; mais on peut la pratiquer pour limiter exactement l'étendue de l'organe hypertrophié, et reconnaître son augmentation ou sa diminution dans le cours du traitement. Du côté de la poitrine, l'exploration à l'aide de la percussion est indispensable. La rate, hypertrophiée, resoulant le diaphragme et le poumon, peut se porter assez haut du côté de cette cavité, et c'est seulement par ce moyen d'exploration qu'on peut reconnaître cette augmentation de volume.

Il est bien rare que l'engorgement chronique excite de la douleur, mais le poids de la tumeur et son volume déterminent un malaise et une tension de l'hypochondre gauche, augmentant dans les grands mouvements, dans la marche, etc., et ces sensations peuvent parsois se transformer en une douleur réelle. J'ai dit plus haut qu'il était rare que la pression déterminât de la douleur, et bien plus rare encore que cette douleur sût un peu sorte.

La rate peut être tellement volumineuse, que le ventre en soit complétement désormé. Lorsqu'il n'existe point d'ascite, le côté gauche de l'abdomen présente une tumeur apparente et qu'il est dissicile de consondre avec le développement

d'aucun autre organe. Le côté droit, au contraire, paraît déprimé, à moins qu'il n'y ait une complication, ou que des gaz ne distendent l'intestin.

L'ascite, dans les cas d'hypertrophie de la rate, a été signalée dès la plus haut antiquité. Hippocrate en a parlé dans plusieurs endroits de ses ouvrages, et la plu part des auteurs en ont ensuite fait mention. Mais cette hydropisie est-elle du réellement à l'engorgement de la rate, ou bien faut-il en chercher la cause dan un autre état organique? On ne peut douter que dans le plus grand nombre de cas, ainsi que l'a fait remarquer M. Nivet (loc. cit.), l'hydropisie n'appartienne soit à un état particulier du sang, comme dans les fièvres intermittentes de longue durée, soit à des complications du côté des autres organes abdominaux.

Cependant, et l'auteur que je viens de citer ne nie pas la possibilité du fait, i peut arriver que l'engorgement chronique de la rate donne par lui-même lieu l'ascite, J'en ai vu un exemple, il y a quatre ans, à l'hôpital de la Pitié. Un ensan de quatorze ans étant tombé de la hauteur de trois étages, eut une contusion violente de l'hypochondre gauche. Les premières douleurs passées, il put reprendre son travail; mais au bout de deux mois, il vit son ventre se tumésier, et, six moi après sa chute, il entra à l'hôpital, présentant un développement de la rate tel qu'on sentait l'extrémité de cet organe à trois travers de deigt au-dessous de l'ombilic. Il y avait en même temps un épanchement considérable dans le péritoine. L'exploration la plus attentive ne put saire découvrir aucune altération des autres organes, soit abdominaux, soit thoraciques.

Comment donc expliquer, en pareil cas, la production de l'épanchement péritonéal? On a dit que le développement de la rate pouvait irriter le péritoine, et produire ainsi un épanchement actif; mais on n'a aucune preuve du fait. Il est plus probable que ce symptôme est dû à la compression de la veine porte. Ce sont, au reste, des questions de pathologie qui exigent de nouvelles recherches.

Dans les cas où l'ascite existe, le ventre est large et saillant, et pour parvenir à reconnaître l'existence de l'hypertrophie de la rate, il faut presser rapidement la paroi antérieure de cette cavité, de manière à porter brusquement les doigts sur la tumeur. Par ce moyen, après avoir déplacé la couche de liquide interposée, et en avoir senti le flot, on arrive sur un corps dont la résistance se fait immédiatement sentir.

Restent maintenant des symptômes dont on trouve l'énumération dans tous les auteurs, mais qui sont la conséquence des maladies sous l'influence desquelles s'est développé l'engorgement chronique de la rate, bien plutôt que de cet engorgement lui-même. Ce sont : l'amaigrissement, la pâleur ou l'aspect terreux de la face, la sécheresse de la peau, etc. Reconnaissons encore ici que nous sommes très peu instruits sur les phénomènes généraux qui appartiennent en propre à l'engorgement splénique; aussi n'insisterai-je pas davantage sur ce point. Je dirai seulement que lorsque la rate est excessivement volumineuse, il peut en résulter un resoulement du poumon et un certain degré d'oppression.

Marche; durée; terminaison. La marche de la maladie est lente et continue, soit dans l'inflammation, soit dans la simple hypertrophie chronique. La durée est illimitée. Quant à la terminaison, j'ai indiqué plus haut des exemples qui prouvent qu'elle n'est point sacheuse par suite des progrès de la maladie seule, mais bien par suite d'autres affections graves dont la lésion de la rate n'est qu'une conséquence.

Lésions anatomiques. Les lésions anatomiques ont été beaucoup exagérées; cela tient à ce que, sous les noms d'engorgement chronique, d'hypertrophie, de splénite, on a décrit des états pathologiques très différents. Ainsi, on a fait entrer dans cette description les squirrhes, les cancers, les ossifications, etc. Pour nous, nous nous contenterons de dire que, outre le volume et le poids, qui sont considérablement augmentés, et qui peuvent l'être au point que l'organe, occupant la plus grande partie de l'abdomen, s'est élevé au poids de 9 kilogrammes (1), on trouve dans les cas d'inflammation, le ramollissement gris et des collections purulentes plus ou moins nombreuses et plus ou moins étendues, et dans les cas d'hypertrophie, l'épaississement des enveloppes de la rate, souvent une densité plus grande du tissu, et parsois aussi l'état normal de ce tissu.

Je n'ai pas besoin d'exposer en détail le diagnostic. Nous avons vu qu'il repose presque complétement sur l'existence de signes locaux et physiques faciles à apprécier, et je ne pourrais que reproduire ici ce que j'ai indiqué longuement plus haut. Je crois également avoir suffisamment parlé du pronostic à l'occasion de la terminaison.

Traitement. Si nous n'avons égard qu'aux médicaments dirigés contre l'inflammation et l'engorgement chronique de la rate, nous trouvons la thérapeutique très pauvre; mais, dans la plupart des cas, on a traité en même temps et l'engorgement chronique et la maladie dont il est une conséquence.

- 1° Contre l'inflammation chronique, on a mis en usage les émissions sanguines, et principalement les sangsues et les ventouses scarifiées sur la région splénique. Des applications émollientes et des boissons délayantes complètent, en pareil cas, le traitement. Lorsqu'un abcès devient accessible à l'exploration, on ne doit pas hésiter à l'ouvrir, et dans ce cas on doit agir comme il a été dit dans l'article consacré aux abcès du foie.
- 2° Contre l'engorgement chronique succédant à la fièvre intermittente, on à employé, et souvent avec succès, le sulfate de quinine ou le quinquina. Le docteur Carron d'Annecy (2) a beaucoup insisté sur l'emploi du quinquina, qu'il donnait à la dose de huit à seize grammes par jour, et dont il prolongeait souvent l'administration jusqu'à deux et trois mois. Plus tard, M. Bally a préconisé cette médication, en remplaçant le quinquina par le sulfate de quinine, qu'il portait progressivement à une dose élevée. « Chez les adultes, dit-il (3), on peut débuter par 40 à 50 centigrammes toutes les huit heures, et s'élever progressivement à 2,40 grammes ou 3 grammes par jour, si la résistance est considérable. » Il est inutile d'ajouter que chez les enfants les doses seront diminuées suivant l'âge. On ne doit pas négliger de recourir à cette médication, de porter assez haut le sulfate de quinine, et de le continuer longtemps, lorsqu'on a acquis la certitude qu'une fièvre intermittente de plus ou moins longue durée a précédé le développement de la rate.

Les eaux ferrugineuses ont été vivement recommandées: Carron d'Annecy prescrit particulièrement l'eau de Spa. C'est surtout lorsqu'il est survenu à la suite des sièvres intermittentes une anémie sacile à constater, qu'on donne les ser-

⁽¹⁾ DUVERNEY, OEuvres anatomiques; Paris; 1761, t. II, pag. 249.

⁽²⁾ Journ. gén. de méd., 1809.

⁽³⁾ Journ. des connaiss. méd., 1883.

rugineux. On peut, au reste, consulter sur ce point ce que j'ai dit à propos de l'anémie (1).

Viennent ensuite les préparations alcalines, et surtout les eaux minérales alcalines, mises en usage comme fondants. Ce serait retumber dans des répétitions inutiles, que de reproduire ce que j'ai dit à ce sujet dans l'article Hépatite chronique, et c'est pourquoi je me borne à y renvoyer le lecteur (2). Je crois devoir en faire autant relativement aux autres médicaments fondants dant l'administration ne mous ofire rien de particulier dans le traitement de l'affection dant il s'agit ici.

Besteut maintenant les purgetifs, recommandés par les anciens médecins; les discrétiques, les topiques irritants, etc., etc., sur l'efficacité desquels nous n'avons rien de positif. Je serai seulement une exception en faveur des toniques, autres que le quinquina dont j'ai déjà parlé, qui me paraiment être d'une application utile dans les cas où la constitution est fortement détériorée par suite du séjour dans des contrées marécageuses. Je ne crois pas qu'il soit nécessire de résumer ce trailement.

ARTICLE IIL

APOPLEXIE, RUPTURE DE LA RATE.

La rupture de la rate étant la conséquence d'un état apoplectique de cet organe, je dois, avant de la décrire, signaler l'apoplexie de la rate, lésion encore peu connue dans ses symptômes, mais dont nous possédons quelques exemples. Je me bornerai à indiquer ceux qu'ont cités MM. Mignot et Lemaistre (3), internes des hôpitaux. Dans un de ces cas, il y avait une fièvre continue, et le malade se plaignit d'une douleur dans l'hypochondre et le bras gauches; dans le second, il y avait des accès de fièvre intermittente. A l'ouverture du corps on trouva, en pareil cas, un foyer apoplectique plus ou moins étendu, contenant du sang demi-liquide et une espèce de bouillie sanguine.

D'après les recherches de M. Vigla (4), dont je vais donner un résumé, · la rupture de la rate doit être considérée comme la terminaison d'un état morbide de cet organe, durant déjà depuis un temps plus ou moins long, et ne doit pas être, sous ce rapport, assimilée aux congestions brusques du cerveau ou du poumon capables de détruire le parenchyme de ces viscères, sans aucune altération précédente appréciable. » Ordinairement cet état morbide n'est autre chose que l'hypertrophie qui résulte des accès de fièvre intermittente; dans un cas cité par M. Vigla, il s'agissait d'un engorgement survenu au dixième jour de la fièvre typhoide. M. le docteur Landouzy (5) a vu également un cas de rupture de la rate dans le cours de cette sièvre.

Dans les autres, des symptômes occupant l'hypochondre gauche existaient depuis un temps plus ou moins long, mais plusieurs fois les auteurs n'ont pas en soin d'indiquer la maladie primitive.

- (1) Voy. t. II, art. Anémie et Chlorose.
- (2) Voy. Hépalile chronique, p. 157.
- (3) Bull. de la Soc. anat., 1848.
- (4) Arch. gen. de med., decembre 1843 et janvier 1844.
- (5) Bulletin de l'Académie de médecine; Paris, 1847, t. XIII, pag. 310.

M. le docteur Plainchant (1) a cité un cas de rupture de la rate chez une épileptique. Cet accident est survenu pendant un accès d'épilepsie plus violent que de coutume.

Symptômes. Les symptômes ressemblent à ceux de la péritonite par perforation, que je ferai connaître dans un des articles suivants (2). Cependant l'hémorrhagie qui résulte de la rupture de la rate est si considérable et si rapide, que la péritonite n'a pas le temps de se produire. Il importe donc d'indiquer ici ce qui se passe dans ces cas de rupture, et, sous ce rapport, je ne saurais mieux faire que de citer le passage du mémoire de M. Vigla relatif aux signes de la maladie. Les symptômes notés par cet auteur sont les suivants:

- *1° Une douleur constante dans l'hypochondre gauche, où elle peut rester circonscrite, mais s'étendant ordinairement à l'épigastre, à l'ombilic, moins souvent à la fosse iliaque du même côté et aux autres parties du ventre. Cette douleur, qui apparait brusquement, augmente ou se soutient jusqu'au moment de la mort, excepté dans les cas rares où celle-ci n'arrive qu'au bout de plusieurs jours, et alors la douleur peut diminuer. Elle est caractérisée par les observateurs, de vive, aiguë, lancinante, cruelle, atroce; elle est accompagnée, suivant les cas, de chaleur, de brûlure, de plénitude, de pesanteur ou de tension dans les mêmes régions; elle peut arracher des cris au malade ou le faire tomber dans des mouvements convulsifs; elle augmente, par une pression légère, le mouvement, le poids des couvertures.
- Si le malade est debout au moment de l'accident, sil est obligé de se coucher ou de s'asseoir, et prend diverses attitudes pour modérer sa douleur. On l'a vu garder jusqu'au moment de la mort les membres insérieurs siéchis sur le ventre, le corps courbé en avant et les coudes appuyés sur les genoux. La face est toujours plus ou moins altérée, grippée, anxieuse; le malade est en proie à l'agitation, à la frayeur, souvent au triste pressentiment d'une sin prochaine.
- 2° Après ces symptômes, on trouve indiqués comme fréquents, mais rarement réunis chez le même individu, un ou plusieurs des phénomènes suivants : ballonnement du ventre à divers degrés ; nausées, vomissements de mucus, de bile ; diarriée, constipation ou alternatives de ces deux états ; rougeur et sécheresse de la langue, des gencives et des autres parties de la bouche.
- *3° L'état de la circulation n'a été noté que dans un petit nombre de cas; dans teux-ci, le pouls s'est montré fréquent dès l'invasion de l'accident, et l'est devenu de plus en plus jusqu'au moment de la mort. Il offre d'ailleurs des caractères très différents, suivant les phases et l'étendue de l'hémorrhagie. Au moment où elle a lieu, si elle est très abondante, le pouls disparaît, la figure pâlit, les extrémités se refroidissent, et le corps se couvre d'une sueur froide: c'est dans ces cas-là que la mort survient presque immédiatement; elle a lieu par syncope. Dans un degré moins fort, le pouls continue à être senti, mais petit, serré, formicant.
- » Si on le réexamine plusieurs heures après l'accident, et que le malade ait eu le temps et la force de réagir, le pouls se développe, peut devenir même assez large, quoique conservant de la mollesse; quelquesois il a été trouvé bis feriens et même vibrant; alors aussi la face est rouge et animée, et la peau chaude, hali-

⁽¹⁾ Rapport gén. sur les trav. de la Soc. méd. de Moulins, 1845.

⁽²⁾ Toy. Péritonite.

rugineux. On peut, au reste, consulter sur ce point ce que j'ai dit à propos de l'anémie (1).

Viennent ensuite les préparations alcalines, et surtout les eaux minérales alcalines, mises en usage comme fondants. Ce serait retomber dans des répétitions inntiles, que de reproduire ce que j'ai dit à ce sujet dans l'article Hépatite chronique, et c'est pourquoi je me borne à y renvoyer le lecteur (2). Je crois devoir en faire autant relativement aux autres médicaments fondants dont l'administration ne nous offre rien de particulier dans le traitement de l'affection dont il s'agit ici.

Restent maintenant les purgatifs, recommandés par les anciens médecins; les diurétiques, les topiques irritants, etc., etc., sur l'efficacité desquels nous n'avons rien de positif. Je serai seulement une exception en saveur des toniques, autres que le quinquina dont j'ai déjà parlé, qui me paraissent être d'une application utile dans les cas où la constitution est sortement détériorée par suite du séjour dans des contrées marécageuses. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de résumer ce traitement.

ARTICLE III.

APOPLEXIE, RUPTURE DE LA RATE.

La rupture de la rate étant la conséquence d'un état apoplectique de cet organe, je dois, avant de la décrire, signaler l'apoplexie de la rate, lésion encore peu connue dans ses symptômes, mais dont nous possédons quelques exemples. Je me bornerai à indiquer ceux qu'ont cités MM. Mignot et Lemaistre (3), internes des hôpitaux. Dans un de ces cas, il y avait une fièvre continue, et le malade se plaignit d'une douleur dans l'hypochondre et le bras gauches; dans le second, il y avait des accès de fièvre intermittente. A l'ouverture du corps on trouva, en pareil cas, un foyer apoplectique plus ou moins étendu, contenant du sang demi-liquide et une espèce de bouillie sanguine.

D'après les recherches de M. Vigla (4), dont je vais donner un résumé, • la rupture de la rate doit être considérée comme la terminaison d'un état morbide de cet organe, durant déjà depuis un temps plus ou moins long, et ne doit pas être, sous ce rapport, assimilée aux congestions brusques du cerveau ou du poumon capables de détruire le parenchyme de ces viscères, sans aucune altération précédente appréciable. » Ordinairement cet état morbide n'est autre chose que l'hypertrophie qui résulte des accès de fièvre intermittente; dans un cas cité par M. Vigla, il s'agissait d'un engorgement survenu au dixième jour de la fièvre typhoide. M. le docteur Landouzy (5) a vu également un cas de rupture de la rate dans le cours de cette sièvre.

Dans les autres, des symptômes occupant l'hypochondre gauche existaient depuis un temps plus ou moins long, mais plusieurs fois les auteurs n'ont pas en soin d'indiquer la maladie primitive.

- (1) Voy. t. II, art. Anémie et Chlorose.
- (2) Voy. Hépatite chronique, p. 157.
- (3) Bull. de la Soc. anat., 1848.
- (4) Arch. gén. de méd., décembre 1843 et janvier 1844.
- (5) Bulletin de l'Academie de médecine; Paris, 1847, t. XIII, pag. 320.

M. le docteur Plainchant (1) a cité un cas de rupture de la rate chez une épileptique. Cet accident est survenu pendant un accès d'épilepsie plus violent que de coutume.

Symptômes. Les symptômes ressemblent à ceux de la péritonite par perforation, que je ferai connaître dans un des articles suivants (2). Cependant l'hémorrhagie qui résulte de la rupture de la rate est si considérable et si rapide, que la péritonite n'a pas le temps de se produire. Il importe donc d'indiquer ici ce qui se passe dans ces cas de rupture, et, sous ce rapport, je ne saurais mieux faire que de citer le passage du mémoire de M. Vigla relatif aux signes de la maladie. Les symptômes notés par cet auteur sont les suivants:

- *1° Une douleur constante dans l'hypochondre gauche, où elle peut rester circoncrite, mais s'étendant ordinairement à l'épigastre, à l'ombilic, moins souvent à la fosse iliaque du même côté et aux autres parties du ventre. Cette douleur, qui apparaît brusquement, augmente ou se soutient jusqu'au moment de la mort, excepté dans les cas rares où celle-ci n'arrive qu'au bout de plusieurs jours, et alors la douleur peut diminuer. Elle est caractérisée par les observateurs, de vive, aiguë, lancinante, cruelle, atroce; elle est accompagnée, suivant les cas, de chaleur, de brûlure, de plénitude, de pesanteur ou de tension dans les mêmes régions; elle peut arracher des cris au malade ou le faire tomber dans des mouvements convulsiés; elle augmente, par une pression légère, le mouvement, le poids des couvertures.
- Si le malade est debout au moment de l'accident, [il est obligé de se coucher ou de s'asseoir, et prend diverses attitudes pour modérer sa douleur. On l'a vu garder jusqu'au moment de la mort les membres inférieurs fléchis sur le ventre, le corps courbé en avant et les coudes appuyés sur les genoux. La face est toujours plus ou moins altérée, grippée, anxieuse; le malade est en proie à l'agitation, à la frayeur, souvent au triste pressentiment d'une fin prochaine.
- 2° Après ces symptômes, on trouve indiqués comme fréquents, mais rarement réunis chez le même individu, un ou plusieurs des phénomènes suivants : ballonnement du ventre à divers degrés ; nausées, vomissements de muous, de bile ; diarthée, constipation ou alternatives de ces deux états ; rougeur et sécheresse de la langue, des gencives et des autres parties de la bouche.
- 3° L'état de la circulation n'a été noté que dans un petit nombre de cas; dans teux-ci, le pouls s'est montré fréquent dès l'invasion de l'accident, et l'est devenu de plus en plus jusqu'au moment de la mort. Il offre d'ailleurs des caractères très différents, suivant les phases et l'étendue de l'hémorrhagie. Au moment où elle a lieu, si elle est très abondante, le pouls disparaît, la figure pâlit, les extrémités se refroidissent, et le corps se couvre d'une sueur froide: c'est dans ces cas-là que la mort survient presque immédiatement; elle a lieu par syncope. Dans un degré moins fort, le pouls continue à être senti, mais petit, serré, formicant.
- Si on le réexamine plusieurs heures après l'accident, et que le malade ait eu le temps et la force de réagir, le pouls se développe, peut devenir même assez large, quoique conservant de la mollesse; quelquefois il a été trouvé bis feriens et même vibrant; alors aussi la face est rouge et animée, et la peau chaude, hali-

(1) Yoy. Péritonite.

⁽¹⁾ Rapport gén. sur les trav. de la Soc. méd. de Moulins, 1845.

rugineux. On peut, au reste, consulter sur ce point ce que j'ai dit à propos de l'anémie (1).

Viennent ensuite les préparations alcalines, et surtout les eaux minérales alcalines, mises en usage comme fondants. Ce serait retomber dans des répétitions inutiles, que de reproduire ce que j'ai dit à ce sujet dans l'article Hépatite chronique, et c'est pourquoi je me borne à y renvoyer le lecteur (2). Je crois devoir en saire autant relativement aux autres médicaments fondants dont l'administration ne nous offre rien de particulier dans le traitement de l'affection dont il s'agit ici.

Restent maintenant les purgatifs, recommandés par les anciens médecins; les diurétiques, les topiques irritants, etc., etc., sur l'efficacité desquels nous n'avons rien de positif. Je ferai seulement une exception en saveur des toniques, autres que le quinquina dont j'ai déjà parlé, qui me paraissent être d'une application utile dans les cas où la constitution est sortement détériorée par suite du séjour dans des contrées marécageuses. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de résumer ce traitement.

ARTICLE III.

APOPLEXIE, RUPTURE DE LA BATE.

La rupture de la rate étant la conséquence d'un état apoplectique de cet organe, je dois, avant de la décrire, signaler l'apoplexie de la rate, lésion encore peu connue dans ses symptômes, mais dont nous possédons quelques exemples. Je me bornerai à indiquer ceux qu'ont cités MM. Mignot et Lemaistre (3), internes des hôpitaux. Dans un de ces cas, il y avait une fièvre continue, et le malade se plaignit d'une douleur dans l'hypochondre et le bras gauches; dans le second, il y avait des accès de fièvre intermittente. A l'ouverture du corps on trouva, en pareil cas, un foyer apoplectique plus ou moins étendu, contenant du sang demi-liquide et une espèce de bouillie sanguine.

D'après les recherches de M. Vigla (4), dont je vais donner un résumé, « la rupture de la rate doit être considérée comme la terminaison d'un état morbide de cet organe, durant déjà depuis un temps plus ou moins long, et ne doit pas être, sous ce rapport, assimilée aux congestions brusques du cerveau ou du poumon capables de détruire le parenchyme de ces viscères, sans aucune altération précédente appréciable. » Ordinairement cet état morbide n'est autre chose que l'hypertrophie qui résulte des accès de fièvre intermittente; dans un cas cité par M. Vigla, il s'agissait d'un engorgement survenu au dixième jour de la fièvre typhoïde. M. le docteur Landouzy (5) a vu également un cas de rupture de la rate dans le cours de cette sièvre.

Dans les autres, des symptômes occupant l'hypochondre gauche existaient depuis un temps plus ou moins long, mais plusieurs fois les auteurs n'ont pas en soin d'indiquer la maladie primitive.

- (1) Voy. t. II, art. Anémie et Chlorose.
- (2) Voy. Ilépatite chronique, p. 157.
- (3) Bull. de la Soc. anat., 1848.
- (4) Arch. gén. de méd., décembre 1843 et janvier 1844.
- (5) Bulletin de l'Académie de médecine; Paris, 1847, t. XIII, pag. 310.

M. le docteur Plainchant (1) a cité un cas de rupture de la rate chez une épileptique. Cet accident est survenu pendant un accès d'épilepsie plus violent que de coutume.

Symptômes. Les symptômes ressemblent à ceux de la péritonite par perforation, que je serai connaître dans un des articles suivants (2). Cependant l'hémorrhagie qui résulte de la rupture de la rate est si considérable et si rapide, que la péritonite n'a pas le temps de se produire. Il importe donc d'indiquer ici ce qui se passe dans ces cas de rupture, et, sous ce rapport, je ne saurais mieux saire que de citer le passage du mémoire de M. Vigla relatif aux signes de la maladie. Les symptômes notés par cet auteur sont les suivants :

- « 1° Une douleur constante dans l'hypochondre gauche, où elle peut rester circonscrite, mais s'étendant ordinairement à l'épigastre, à l'ombilic, moins souvent à la sesse iliaque du même côté et aux autres parties du ventre. Cette douleur, qui apparait brusquement, augmente ou se soutient jusqu'au moment de la mort, excepté dans les cas rares où celle-ci n'arrive qu'au bout de plusieurs jours, et alors la douleur peut diminuer. Elle est caractérisée par les observateurs, de vive, aiguë, lancinante, cruelle, atroce; elle est accompagnée, suivant les cas, de chaleur, de brûlure, de plénitude, de pesanteur ou de tension dans les mêmes régions; elle peut arracher des cris au malade ou le faire tomber dans des mouvements convulsifs; elle augmente, par une pression légère, le mouvement, le poids des couvertures.
- Si le malade est debout au moment de l'accident, sil est obligé de se coucher ou de s'asseoir, et prend diverses attitudes pour modérer sa douleur. On l'a vu garder jusqu'au moment de la mort les membres insérieurs siéchis sur le ventre, le corps courbé en avant et les coudes appuyés sur les genoux. La face est toujours plus ou moins altérée, grippée, anxieuse; le malade est en proie à l'agitation, à la frayeur, souvent au triste pressentiment d'une sin prochaine.
- *2° Après ces symptômes, on trouve indiqués comme fréquents, mais rarement réunis chez le même individu, un ou plusieurs des phénomènes suivants : ballonnement du ventre à divers degrés ; nausées, vomissements de mucus, de bile ; diarriée, constipation ou alternatives de ces deux états ; rougeur et sécheresse de la langue, des gencives et des autres parties de la bouche.
- 3° L'état de la circulation n'a été noté que dans un petit nombre de cas; dans teux-ci, le pouls s'est montré fréquent dès l'invasion de l'accident, et l'est devenu de plus en plus jusqu'au moment de la mort. Il offre d'ailleurs des caractères très différents, suivant les phases et l'étendue de l'hémorrhagie. Au moment où elle a lieu, si elle est très abondante, le pouls disparaît, la figure pâlit, les extrémités se refroidissent, et le corps se couvre d'une sueur froide: c'est dans ces cas-là que la mort survient presque immédiatement; elle a lieu par syncope. Dans un degré moins fort, le pouls continue à être senti, mais petit, serré, formicant.
- Si on le réexamine plusieurs heures après l'accident, et que le malade ait eu le temps et la force de réagir, le pouls se développe, peut devenir même assez large, quoique conservant de la mollesse; quelquesois il a été trouvé bis feriens et même vibrant; alors aussi la face est rouge et animée, et la peau chaude, hali-

⁽¹⁾ Rapport gén. sur les trav. de la Sor. méd. de Moulins, 1845.

⁽²⁾ Voz. Péritonite.

rugineux. On peut, au reste, consulter sur ce point ce que j'ai dit à propos de l'anémie (1).

Viennent ensuite les préparations alcalines, et surtout les eaux minérales alcalines, mises en usage comme fondants. Ce serait retomber dans des répétitions inutiles, que de reproduire ce que j'ai dit à ce sujet dans l'article Hépatite chronique, et c'est pourquoi je me borne à y renvoyer le lecteur (2). Je crois devoir en saire autant relativement aux autres médicaments fondants dont l'administration ne nous offre rien de particulier dans le traitement de l'affection dont il s'agit ici.

Restent maintenant les purgatifs, recommandés par les anciens médecins; les diurétiques, les topiques irritants, etc., etc., sur l'efficacité desquels nous n'avons rien de positif. Je ferai sculement une exception en saveur des toniques, autres que le quinquina dont j'ai déjà parlé, qui me paraissent être d'une application utile dans les cas où la constitution est sortement détériorée par suite du séjour dans des contrées marécageuses. Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de résumer ce traitement.

ARTICLE III.

APOPLEXIE, RUPTURE DE LA BATE.

La rupture de la rate étant la conséquence d'un état apoplectique de cet organe, je dois, avant de la décrire, signaler l'apoplexie de la rate, lésion encore peu connue dans ses symptômes, mais dont nous possédons quelques exemples. Je me bornerai à indiquer ceux qu'ont cités MM. Mignot et Lemaistre (3), internes des hôpitaux. Dans un de ces cas, il y avait une fièvre continue, et le malade se plaignit d'une douleur dans l'hypochondre et le bras gauches; dans le second, il y avait des accès de fièvre intermittente. A l'ouverture du corps on trouva, en pareil cas, un foyer apoplectique plus ou moins étendu, contenant du sang demi-liquide et une espèce de bouillie sanguine.

D'après les recherches de M. Vigla (4), dont je vais donner un résumé, • la rupture de la rate doit être considérée comme la terminaison d'un état morbide de cet organe, durant déjà depuis un temps plus ou moins long, et ne doit pas être, sous ce rapport, assimilée aux congestions brusques du cerveau ou du poumon capables de détruire le parenchyme de ces viscères, sans aucune altération précédente appréciable. » Ordinairement cet état morbide n'est autre chose que l'hypertrophie qui résulte des accès de fièvre intermittente; dans un cas cité par M. Vigla, il s'agissait d'un engorgement survenu au dixième jour de la fièvre typhoïde. M. le docteur Landouzy (5) a vu également un cas de rupture de la rate dans le cours de cette sièvre.

Dans les autres, des symptômes occupant l'hypochondre gauche existaient depuis un temps plus ou moins long, mais plusieurs sois les auteurs n'ont pas en soin d'indiquer la maladie primitive.

- (1) Voy. t. II, art. Anémie et Chlorose.
- (2) Voy. Ilépatite chronique, p. 157.
- (3) Bull. de la Soc. anat., 1848.
- (4) Arch. gén. de méd., décembre 1843 et janvier 1844.
- (5) Bulletin de l'Académie de médecine; Paris, 1847, t. XIII, pag. 320.

M. le docteur Plainchant (1) a cité un cas de rupture de la rate chez une épi-. leptique. Cet accident est survenu pendant un accès d'épilepsie plus violent que de contame.

Symptômes. Les symptômes ressemblent à ceux de la péritonite par persoration, que je serai connaître dans un des articles suivants (2). Cependant l'hémorrhagie qui résulte de la rupture de la rate est si considérable et si rapide, que la péritonite n'a pas le temps de se produire. Il importe donc d'indiquer ici ce qui se passe dans ces cas de rupture, et, sous ce rapport, je ne saurais mieux saire que de citer le passage du mémoire de M. Vigla relatif aux signes de la maladie. Les symptômes notés par cet auteur sont les suivants:

- · 1° Une douleur constante dans l'hypochondre gauche, où elle peut rester circonscrite, mais s'étendant ordinairement à l'épigastre, à l'ombilic, moins souvent à la sosse iliaque du même côté et aux autres parties du ventre. Cette douleur, qui apparait brusquement, augmente ou se soutient jusqu'au moment de la mort, excepté dans les cas rares où celle-ci n'arrive qu'au bout de plusieurs jours, et alors la douleur peut diminuer. Elle est caractérisée par les observateurs, de vive, aiguë, lancinante, cruelle, atroce; elle est accompagnée, suivant les cas, de chaleur, de brûlure, de plénitude, de pesanteur ou de tension dans les mêmes régions; elle peut arracher des cris au malade ou le faire tomber dans des mouvements convulsis; elle augmente, par une pression légère, le mouvement, le poids des couvertures.
- · Si le malade est debout au moment de l'accident, [il est obligé de se coucher ou de s'asseoir, et prend diverses attitudes pour modérer sa douleur. On l'a vu garder jusqu'au moment de la mort les membres insérieurs sléchis sur le ventre, le corps courbé en avant et les coudes appuyés sur les genoux. La face est toujours plus ou moins altérée, grippée, anxieuse; le malade est en proie à l'agitation, à la frayeur, souvent au triste pressentiment d'une sin prochaine.
- " 2° Après ces symptômes, on trouve indiqués comme fréquents, mais rarement réunis chez le même individu, un ou plusieurs des phénomènes suivants : ballonnement du ventre à divers degrés; nausées, vomissements de mucus, de bile; diarrhée, constipation ou alternatives de ces deux états; rougeur et sécheresse de la langue, des gencives et des autres parties de la bouche.
- . 3. L'état de la circulation n'a été noté que dans un petit nombre de cas; dans teux-ci, le pouls s'est montré fréquent dès l'invasion de l'accident, et l'est devenu de plus en plus jusqu'au moment de la mort. Il ossre d'ailleurs des caractères très dissérents, suivant les phases et l'étendue de l'hémorrhagie. Au moment où elle a lieu, si elle est très abondante, le pouls disparaît, la figure pâlit, les extrémités se refroidissent, et le corps se couvre d'une sueur froide: c'est dans ces cas-là que la mort survient presque immédiatement; elle a lieu par syncope. Dans un degré moins sort, le pouls continue à être senti, mais petit, serré, sormicant.
- » Si on le réexamine plusieurs heures après l'accident, et que le malade ait eu le temps et la force de réagir, le pouls se développe, peut devenir même assez large, quoique conservant de la mollesse; quelquesois il a été trouvé bis feriens et même vibrant; alors aussi la face est rouge et animée, et la peau chaude, hali-

⁽¹⁾ Rapport gén. sur les trav. de la Soc. méd. de Moulins, 1845.

⁽²⁾ Voy. Péritonite.

tueuse. Les deux états opposés fournis par les organes de la circulation peuvent se remplacer plusieurs sois ; mais presque constamment, dans la dernière période, le pouls redevient très petit, très sréquent, la peau sroide, et un état de saiblesse extrême précède de quelque temps la mort.

- 4° La respiration, en général, ne reçoit pas d'atteinte directe de la rupture de la rate; mais la douleur, ordinairement si vive, arrêtant les contractions du disphragme, la dilatation et le resservement de la poitrine se sont principalement par l'écartement des côtes. Dans quelques cas, il y a une petite toux sèche qu'il saut regarder comme sympathique; mais dans d'autres, on peut l'expliquer par l'existence d'un état morbide des poumons antérieur à l'accident. Dans deux cas, le siège de la douleur, circonscrite à l'hypochondre gauche, les désordres survenus dans le rhythme des mouvements respiratoires, le trouble de la circulation et la gravité de la maladie, ont sait soupçonner l'invasion d'une pleurésie diaphragmatique.
- sourt pour que cette fonction ait eu le temps de se troubler. C'est ce qui résulte de trois observations assez détaillées. Un certain degré d'excitation et d'agitation et inséparable de douleurs aussi vives que celles dont nous avons parlé, et l'abattement, la prostration qui surviennent plus tard, sont en rapport avec la quantité de sang perdu par le malade, et l'action débilitante exercée sur le système nerveux par la violence et la continuité des douleurs. Nous ne ponvons attacher d'importance à d'autres désordres cérébraux plus profonds, tels que le délire, la stupeur, le coma, dont il est question dans trois observations, ces malades étant en même temps sous l'influence, le dernier d'une fièvre typhoïde, les deux autres d'une fièvre intermittente, dans un pays (Rome) où cette affection prend souvent le caractère pernicieux.

J'ai cru devoir donner cette analyse des saits présentée par M. Vigla, parce que nous y voyons les symptômes qui appartiennent à l'épanchement d'une substance étrangère dans la péritonite, avant que l'inslammation ait en le temps de produire sur la séreuse des altérations notables. J'ajouterai seulement le sait suivant :

M. le docteur Janssens (1) a vu la rupture de la rate produire une mort rapide chez un homme atteint de fièvre intermittente. Cet accident arriva au commencement du troisième accès, à la suite d'une violente colère. Un des principaux symptômes consista dans des crampes très vives dans les testicules.

Les symptômes qui viennent d'être décrits sont, comme on le voit, les mêmes. à des nuances près, que ceux qu'on observe dans des cas de perforation et de rupture des autres organes. Il faut néanmoins tenir compte de la nature du liquide versé dans la cavité séreuse, car il n'est pas douteux que lorsque ces liquides sont àcres, comme ceux que contient l'estomac, par exemple, l'inflammation peut produire ses effets habituels avec une bien plus grande promptitude.

Durée; terminaism. Dans le plus grand nombre des cas, la mort arrive avant vingt-quatre heures; quelquesois elle est subite. Dans les saits observés par M. Vigla quatre sois elle a eu lieu plus de vingt-quatre heures après la rupture; une sois

⁽¹⁾ Annales de la Soc. de guéd. d'Anvers ; octobre 1846.

seulement il s'est écoulé un intervalle de six jours entre cette rupture et la terminaison funeste. Cette terminaison a été constante.

Lésions anatomiques. Un volume plus considérable de la rate, des épanchements de sang dans son intérieur, le ramollissement de cet organe, les caillots plus ou moins organisés qu'il contient, des déchirures de formes diverses à ses différentes faces, mais surtout à sa face externe, et enfin un amas de sang dans le péritoine, composé en partie de caillots plus ou moins volumineux et en partie d'un liquide de consistance variable et noir, amas qui peut être assez considérable pour avoir été évalué dans quelques cas à deux litres, telles sont les lésions anatomiques qui résultent de cet accident.

Diagnostic. Il n'est point difficile, dans le plus grand nombre des cas, de reconnaître qu'il s'agit d'une affection du péritoine due à la rupture d'un organe et à un épanchement dans cette cavité séreuse. C'est, du reste, un point sur lequel j'insisterai plus loin à propos de la péritonite par perforation; mais comment reconnaître qu'il s'agit de la rupture de la rate plutôt que de celle d'un autre organe? M. Vigla, qui s'est occupé de cette question comme de toutes celles qui se rattachent à cet accident, reconnaît qu'on doit être très réservé sur ce point; que cependant si, par les commémoratifs, on arrive à s'assurer de l'existence antécédente d'une affection de la rate, et surtout d'une des maladies qui donnent ordinairement lieu à son engorgement, comme la fièvre intermittente; si l'on peut constater que la douleur a eu son point de départ à l'hypochondre ganche, et s'il existe des symptômes qui appartiennent à l'hémorrhagie interne, on peut admettre l'existence d'une rupture de la rate, que vient ensuite confirmer la marche extrêmement rapide de la maladie.

On voit combien ce diagnostic laisse encore à désirer, et avec quelle raison l'auteur que je viens de citer en a signalé les incertitudes, au moins dans quelques cas.

Il semble inutile de parler du pronostic. On a vu en effet qu'il est excessivement grave; cependant, dans deux des observations qu'il a rassemblées, M. Vigla a tronvé dans la marche de l'affection, et dans certaines rémissions des symptômes, des circonstances qui lui ont fait penser que, dans quelques cas du moins, on pouvait espérer d'obtenir la guérison. Pour arriver à ce but, il a proposé un ensemble de moyens dont je lui emprunte ici l'exposé succinct, ne pensant pas que, pour un accident de ce genre, il faille s'étendre longuement sur les diverses médications que le raisonnement seul doit nous engager à mettre en usage. Voici donc, d'après M. Vigla, comment on devrait agir, dans les cas où l'on aurait pu s'assurer qu'il existe une rupture de la rate:

Traitement. « Les indications à remplir sont, dit-il, les suivantes : 1° Arrêter l'hémorrhagie et faciliter la coagulation du sang; prévenir le retour de celui-ci; 2° calmer la douleur.

Je conseillerais, pour le premier chef, l'immobilité absolue dans un lit sans rideaux, peu couvert, sormé de matelas de crin; l'application d'une vessie remplie d'eau à la glace sur l'hypochondre gauche; une saignée copieuse, si la quantité de sang épanché dans l'abdomen était peu considérable; l'usage intérieur, en petite quantité toutesois, de limonades minérales et d'extraits astringents (ratanhia, cachou, poudre de colombo); le silence le plus complet; et l'applica-

tion, de la part du malade, à retenir ou à modérer ses cris, ses plaintes et tou les actes respiratoires provoqués par la douleur, qui exercent une influence su la circulation veineuse.

- » Si l'hémorrhagie avait été assez abondante pour provoquer des faiblesses, le syncope même, il faudrait être circonspect dans l'emploi des moyens plus ou moin excitants nécessaires pour faire cesser un pareil état, et s'occuper autant de mo dérer la réaction qui suit ordinairement, que de rappeler les forces.
- » Pour la seconde indication, l'opium à doses élevées me paraîtrait d'autant plu convenable, que, loin de contrarier l'action des moyens précédents, il la seconde rait, et dans le cas de doute entre une rupture de la rate et celle d'une portion de canal digestif, s'appliquerait mieux encore à la seconde qu'à la première. »

Ce traitement me paraît contenir tout ce qu'il serait indispensable de faire dan un de ces cas si graves; j'ajoute seulement qu'on devrait principalement insiste sur l'usage de l'opium à hautes doses, recommandé déjà par MM. Graves et Stoke dans la péritonite par perforation, et sur lequel je reviendrai au sujet de cette dernière maladie.

Telles sont les seules affections de la rate sur lesquelles je crois qu'il était néces saire de dire quelques mots. Quant aux diverses dégénérescences et aux autre états anormaux qu'on pourrait encore citer, il suffit de dire que, sous le rappor pratique, on n'y trouve rien de réellement important. C'est pourquoi je passi immédiatement aux affections du pancréas, qui elles-mêmes ne nous arrêteron guère plus.

CHAPITRE IV.

MALADIES DU PANCRÉAS.

Nous possédons un assez grand nombre d'observations de maladies du pancréas, mais presque toutes ces observations sont incomplètes et présentent des différence telles, qu'il est impossible d'en réunir, sur un sujet donné, un nombre suffisant pour arriver à une histoire un peu précise d'une affection quelconque de cet organe. Aussi, malgré le nombre des faits qui ont été publiés, on peut dire que le maladies du pancréas, considérées comme maladies primitives, sont fort rares. Elles n'ont donc qu'un intérêt médiocre pour nous, ce qui expliquera la grande rapidité avec laquelle je vais les passer en revue.

Presque tous les auteurs ont parlé des vices de conformation, du déplacement de cet organe, de son atrophie, de sa rupture, etc.; mais comme, à cet égard, il n'y a rien à dire d'important pour la pratique, même sur la rupture, qui n'a été observée que dans les cas de grandes violences extérieures (1), je passerai outre, et je ne m'occuperai que de l'inflammation, du cancer du pancréas et du flux pancréatique. J'ajouterai seulement un mot sur les calculs et les kystes.

L'ouvrage le plus important qui ait été publié sur ce sujet est dû à M. Mondière (2). Ce médecin a réuni la plupart des observations connues, et si, le plus

⁽¹⁾ Voy. TRAVERS, the Lancet, 1826.

⁽²⁾ Recherch, pour serr. à l'hist, du pancréus (Arch, gén. de méd., 2º séc., t. XI et XII).

souvent, il n'a pu arriver qu'à une description assez vague des affections pancréatiques, c'est que, comme je l'ai dit plus haut, les saits étaient tout à sait insussisants. Plus tard, M. Fauconneau-Dusresne (1), dont j'ai eu maintes sois à citer les travaux sur quelques maladies du soie, a entrepris de tracer le cadre nosographique des maladies du pancréas. Son mémoire sur ce sujet contient des saits d'un intérêt réel.

ARTICLE Ier.

PANCRÉATITE.

On trouve dans les auteurs déjà anciens, tels que Bartholin, Tulpius, Blasius, Hygmore, etc., la description de lésions du pancréas qui peuvent être rapportées à l'inflammation aiguë ou chronique. M. Bécourt (2) en a signalé quelques exemples, et M. Mondière a recueilli les plus importants, qui appartiennent à Schmackpfeffer (3), à Harles (4), etc. Ce qu'il y a de plus remarquable dans ces observations, c'est la cause à laquelle on a pu attribuer la maladie dans presque tous les cas où le pancréas paraissait presque exclusivement affecté. Cette cause est l'usage du mercure, j'y reviendrai tout à l'heure; dans la plupart des autres, et en particulier dans celles qu'a publiées le docteur Tonnellé (5), l'affection était secondaire; et ces saits ont, par conséquent, beaucoup moins d'importance pour nous; je me bornerai à indiquer ce qui ressort de plus général de ces observations.

1° Pancréatite aiguë. — Causes: La pancréatite simple ne s'est guère présentée que sous l'instruence de l'emploi du mercure, ainsi que je le disais plus haut; cependant on ne trouve pas l'existence de cette cause dans la troisième observation citée par M. Mondière; dans ce cas, la maladie s'est développée sans cause apparente.

Dans les autres observations (6), la pancréatite, caractérisée presque toujours par la suppuration de la glande, s'est montrée dans le cours d'affections fébriles graves, telles que les fièvres continues, la fièvre puerpérale, et surtout la phlébite générale.

Il serait inutile de rechercher quelles sont les conditions particulières dans lesquelles se produit cette affection; car, avec les renseignements que nous possédons, on n'arriverait à aucun résultat positif.

Symptômes. On trouve les principaux symptômes de cette maladie exposés dans une observation empruntée à Schmackpsesser et citée par M. Bécourt.

Il résulte de cette observation, que les symptômes qu'il est permis de rapporter avec le plus de probabilité à l'affection qui nous occupe sont : une douleur fixe, profonde, ayant son siège à la région épigastrique, et s'étendant à l'hypochondre droit, une sensation de chaleur dans le même point, une diarrhée consécutive, composée de matières ressemblant à de la salive, et peut-être aussi la tension du rentre. Quant aux symptômes du côté des voies respiratoires et aux phénomènes

¹⁾ Essai de pancréatologie (Union médic., nº du 5 janvier et nº suiv.).

⁽²⁾ Recherch. sur le panc.; thèse de Strasbourg, 1830.

⁽³⁾ Obs. de quibusd. panc. morb.; Hall, 1817.

⁽¹⁾ Uber die Krankh. des Pank.

^{&#}x27;5) Mém. sur les sièc. puerpérales, p. 487 (Arch. gén. de méd., t. XXII).

⁽⁶⁾ Consultez à ce sujet Lieutaud, Histor. analomica, t. 1er, p. 244 et :146; Mondière, loc. cit.

généraux qui se sont montrés dans ce cas, on peut tout aussi bien, et mieux encore, les rapporter aux lésions qui occupaient la bouche, la gorge et les poumons.

Une observation du docteur Harles complète la précédente, en ce qu'elle nous montre une tumé faction ayant son siège dans le point occupé par le pancréas, et en ce qu'elle nous fait voir une suppression des selles qu'on peut attribuer à la violence de l'inflammation. L'affection se-termina par des sueurs copieuses.

Je ne pousserai pas plus loin cette description, qui m'entraînerait dans des considérations plus ou moins hypothétiques. Il suffit d'ajouter que les organes voisins, tels que l'estomac et le foie, ont paru participer, dans quelques cas, à la maladie : d'où sont résultés quelques symptômes particuliers, tels que l'inappétence, les romissements, et une jaunisse légère.

Je ne dirai rien de la marche et de la durée de la maladie, car avec les saits que nous possédons, on ne saurait les préciser. Quant à la terminaison, ce qu'il importe de remarquer, c'est que, dans les cas où la pancréatite a paru exister seule, elle s'est terminée par résolution; lorsqu'elle constitue une lésion secondaire, elle se termine par suppuration, et alors on observe quelques phénomènes tels que des douleurs violentes, des frissons, qui paraissent dus à la production de l'abcès, mais qu'il est impossible d'indiquer d'une manière précise. M. Fauconneau-Dusresne (loc. cit.) sait mention d'un abcès du pancréas ouvert dans l'estomac. Dans quelques cas, la maladie s'est terminée par la gangrène.

Quelle est la part que, dans ces cas, il faut attribuer à la lésion du pancréas dans la terminaison funeste? C'est ce que nous ne saurions dire; tontesois on peut assirmer que, dans la plupart d'entre eux la maladie primitive était assez grave pour expliquer par elle seule ce résultat.

Lésions anatomiques. A l'ouverture du corps, on a trouvé le pancréas rouge, ramolli, notablement augmenté de volume, offrant des foyers purulents quelque-fois considérables, et dont, suivant quelques auteurs, le pus serait remarquable par sa fétidité (Bartholin); tandis que d'autres (1) l'ont trouvé semblable à celui des autres abcès. Quelquefois on a vu l'organe réduit en détritus gangréneux (2); mais il est bien loin d'être prouvé qu'il n'y eût alors qu'une simple inflammation.

En indiquant les symptômes, j'ai fourni les éléments du diagnostic; mais il serait peu prudent de vouloir pousser plus loin ces indications, car ce serait s'exposer à fonder des propositions plus ou moins absolues sur de simples hypothèses.

Traitement. Le traitement de la pancréatite exige qu'on recherche d'abord la cause qui l'a produite. Si elle est survenue sous l'influence du mercure, et qu'on ait observé concurremment les phénomènes de la salivation mercurielle, on doit avoir recours aux moyens mis en usage contre celle-ci (3). Ainsi les boissons acidules, les gargarismes acidulés, les doux minoratifs. Si l'inflammation paraît violente et si la tuméfaction du pancréas est considérable, les émissions sanguines et les émollients appliqués sur la région épigastrique compléteront le traitement.

Dans le cas où le malade n'aura pas été soumis au traitement mercuriel, on devra particulièrement insister sur ces derniers moyens, auxquels on pourra joindre.

⁽¹⁾ PORTAL, Observ. sur les malad. du foie: Paris, 1813, in-8.

⁽²⁾ Voy. les obs. de Licutaud.

⁽³⁾ Voy. t. II. Stomatile mercurielle.

comme l'ont-fait quelques uns des auteurs précédemment cités, des doses modérées d'opium.

2° Pancréatite chronique. La pancréatite chronique est encore moins connue que la pancréatite aiguë: M. Mondière en a cependant cité quelques exemples, paisés à dissérentes sources; mais il est impossible de ne pas reconnaître que les faits sont en trop petit nombre et présentent beaucoup trop d'obscurité pour qu'on puisse tracer d'après eux une histoire exacte de la maladie.

Voici, suivant l'auteur que je viens de citer, les symptômes de l'inflammation chronique du pancréas (1): « Une salivation continuelle, des éructations d'un liquide filant et jaunâtre, tantôt de la constipation, tantôt de la diarrhée, et dans ce dernier cas, des selles composées de matières semblables au liquide rendu par la bouche, et, en outre, de l'anorexie, de la soif, des crampes d'estomac et le pyrosis. »

On voit combien ces symptômes se rapprochent de ceux que nous avons trouvés dans certaines gastralgies; aussi M. Mondière est-il porté à regarder l'inflammation chronique du pancréas, et la sécrétion exagérée qui en résulte, comme des causes puissantes de ces 'espèces de gastralgies. Mais avant d'établir une semblable conclusion, il faudrait des études plus approfondies que celles qui ont pu être faites.

Dans un mémoire intéressant, pour lequel il a rassemblé de curieuses observations, M. Aran (2) a cité un cas d'abcès tuberculeux du pancréas remarquable par la coloration noire de la peau, une nigritie générale que présenta la malade. Y avaitil, entre l'affection du pancréas et la coloration anormale de la peau, rapport de cause à effet, ou simple coïncidence? C'est ce qu'on ne peut décider, ainsi que le fait remarquer M. Aran.

L'incertitude dans laquelle nous devons rester m'autorise à ne pas insister et à îndiquer seulement quelques moyens de traitement indiqués par M. Mondière, d'après un fait emprunté au docteur Eyting (3). Dans un cas où les symptômes précédemment indiqués étaient réunis, et s'accompagnaient de douleurs assez vives qui s'irradiaient au côté gauche de la poitrine, d'un sentiment d'oppression à l'épigastre, de palpitations, et de syncopes aux moindres mouvements, ce dernier médecin dirigea le traitement de la manière suivante:

Il donna d'abord une potion ainsi composée :

```
**Acide bydrochlorique.... 30 gram.

Mucilage de gomme arabiq. 60 gram.

Eau de cinnamomum (sine vino)..... 150 gram.
```

Au bout de huit jours, l'état de la malade s'était déjà sensiblement amélioré: l'évacuation du liquide salivaire, les sueurs ainsi que les éructations avaient un peu diminué. Le même remède fut continué en renforçant les doses; on y joignit des frictions avec le baume du Pérou dissous dans l'alcool, et en peu de temps disparurent la constipation, les sueurs, la salivation et la diarrhée. Enfin les anodins et les toniques, surtout les martiaux, continués pendant trois mois, ramenèrent la malade à un bon état de santé.

⁽¹⁾ Lec. cit., p. 281.

⁽²⁾ Obs. d'abces tub., etc. (Arch. gen. de med., 4° série, t. XII, p. 61, septembre 1846).

⁽³⁾ Hufeland's Journ., avril 1822.

est facile de voir que le traitement a été en tout semblable à celui des gastralgies chroniques, et si l'on remarque que la région occupée par le pancréas n'a point été examinée de manière à faire reconnaître l'état de cet organe, on verra combien il est nécessaire de rester dans le doute sur ce fait.

ARTICLE II.

CANCER DU PANCRÉAS.

On sait que le pancréas peut sacilement être assecté de cancer d'une manière secondaire, c'est-à-dire que, dans les cas où l'estomac et le duodénum sont atteints par l'assection cancéreuse, cette glande est sacilement envahie; mais il s'agit ici du cancer occupant le pancréas seul, ou du moins développé primitivement dans cet organe. Les observations de ce genre sont bien loin d'être communes.; M. Mondière, qui les a recherchées dans un nombre considérable de recueils, n'en cite qu'un petit nombre.

Les symptômes de cette maladie, telle que nous l'entendons ici, sont très variables. Si l'affection commence par le pancréas, pour s'étendre ensuite à un organc voisin, et principalement à l'estomac, les symptômes peuvent être nuls jusqu'à ce que ce dernier viscère soit envahi. Quelquesois, cependant, et c'est ce qui résulte des faits dans lesquels le pancréas a été trouvé seul malade après la mort, on observe des douleurs plus ou môins vives, des éructations de matière filante et d'apparence salivaire, des alternatives de constipation et d'une diarrhée composée d'un liquide semblable à celui qui est rejeté par la bouche; en un mot, les signes que j'ai indiqués à propos de la pancréatite chronique.

M. le docteur Battersby (1) a rapporté un cas intéressant de squirrhe du pancréas, dans lequel il y eut une salivation remarquable.

Ajoutons encore un signe bien remarquable observé par M. Bright (2) et retrouvé ensuite par M. le docteur Gould dans un cas de kyste du pancréas dont je dirai un mot plus loin. Ce sont des selles graisseuses. Je dirai, à l'article kyste du pancréas, en indiquant l'observation de M. Gould, quelle est l'explication qu'on doit donner de ce fait.

Ensin, si l'on explore la partie insérieure de la région épigastrique un peu audessus de l'ombilic, on peut sentir une tumeur sormée par le pancréas, dure, et plus ou moins douloureuse à la pression.

Une circonstance qu'il est nécessaire de se rappeler en pareil cas, comme dans tous ceux où le pancréas présente une augmentation de volume appréciable à l'exploration, c'est que cet organe, se trouvant situé au-devant de l'aorte, peut être fortement soulevé à chaque pulsation artérielle, ce qui pourrait en imposer pour un anévrysme de l'aorte ventrale. Il faut alors rechercher attentivement si, pendant la pulsation, on sent une dilatation plus ou moins marquée de la tumeur, ou si celle-ci est soulevée en masse; et l'on doit en outre se rappeler les divers symptômes indiqués dans l'article consacré à l'anévrisme de l'aorte descendante. Mais il ne faut pas croire que, même en tenant compte de toutes ces particularités, on arrive aisément, dans tous les cas, à vaincre les difficultés du diagnostic. En

⁽¹⁾ The Dublin Journ. of med. se., mai 1844.

⁽²⁾ London med. Trans., t. XVIII.

esset, la tumeur comprime ordinairement l'aorte, et quelquesois à un très haut degré, comme dans un cas cité par M. Andral, et l'on comprend qu'alors, des troubles de la circulation presque entièrement semblables à ceux qu'occasionne l'anévrysme peuvent exister, et embarrasser l'observateur. La percussion, qui fait reconnaître la matité de la tumeur, ne doit pas être négligée.

D'autres accidents peuvent résulter de l'augmentation de volume du pancréas et de la compression des organes environnants, qui en est la conséquence. C'est ainsi que M. Cruveilhier (1) a vu le canal excréteur de la glande pancréatique ellemême être comprimé à son ouverture duodénale par le développement de cette glande, de manière à éprouver une dilatation énorme au-dessus de l'obstacle. La compression des grosses veines de l'abdomen détermine les symptômes qui appartiennent à l'arrêt de la circulation veineuse. C'est ainsi qu'on a vu l'hydropisie ascite être causée par une compression considérable de la veine porte.

Les canaux biliaires peuvent subir aussi cette compression, et alors se manifestent les symptômes de la rétention de la bile que j'ai indiqués plus haut. Enfin l'estomac et la partie supérieure de l'intestin ont été trouvés fortement comprimés par la tumeur pancréatique. Lorsque la compression porte sur le pylore, il est bien difficile de ne pas croire à l'existence d'un cancer de l'estomac, car la difficulté qu'éprouvent les aliments à traverser cette ouverture occasionne de fréquents vomissements de matières alimentaires, et de plus les symptômes locaux viennent en imposer au praticien. Il en est à peu près de même de l'état de compression du duodénum, si ce n'est qu'une quantité plus ou moins considérable de bile se mêle à la matière des vomissements.

Dans les cas assez nombreux rapportés par les auteurs, on a trouvé les diverses variétés de squirrhe et d'encéphaloïde, mêlées ou non de mélanose, que j'ai déjà décrites à l'occasion d'autres organes, et qu'il scrait inutile de présenter ici.

Je ne parlerai pas de la marche de la maladie, du pronostic et du traitement, parce que nous ne connaissons rien de réellement utile sur ces divers points.

ARTICLE III.

CALCULS DU PANCRÉAS.

L'article consacré par M. Mondière aux calculs qui se forment dans le paucréas est un de ceux qui présentent le plus de renseignements curieux. Mais quelque intéressantes que soient ces recherches sous le point de vue de l'anatomie pathologique, il n'y a que peu de lumières à en tirer pour la pratique, car, ainsi qu'on va le voir, on ne peut guère espérer d'arriver même à un diagnostic fondé sur des probabilités.

Comme pour les calculs biliaires, on a trouvé que les calculs du pancréas occupaient tantôt l'intérieur de la glande elle-même, et tantôt le conduit excréteur. Il est plus que probable aussi que des calculs primitivement formés dans la glande s'engagent ensuite dans le canal, où ils déterminent par leur présence des douleurs vives.

Les seuls symptômes que l'on puisse assigner à cette affection sont, dans quel-

⁽¹⁾ Anat. path., t. 1er.

ques cas, une douleur assez vive et qu'on pourrait désigner sous le nom de colique pancréatique, une tumeur du pancréas, lorsqu'un certain nombre de calculs s'accumulent dans un sac formé par la glande, et parsois les troubles des fonctions de l'estomac, précédemment indiqués.

On a trouvé jusqu'à une vingtaine de ces calculs contenus dans le pancréas; leur volume varie entre celui d'un pois et celui d'une amande : quelquesois on en a trouvé de beaucoup plus gros. Ils sont irréguliers, blancs ou d'un blanc jaunâtre; leur présence peut occasionner l'inflammation de la glande, qui, dans certains cas, offre une induration marquée et un aspect squirrheux.

ARTICLE IV.

FLUX PANCRÉATIQUE.

C'est encore là une maladie très obscure, et sur laquelle on a plutôt fondé des conjectures qu'on n'a recueilli de véritables observations. On a vu des sujets présenter des flux de ventre plus ou moins abondants, des vomissements de matières filantes, des troubles digestifs, et après une durée plus ou moins longue de ces accidents, en être délivrés par une sécrétion salivaire abondante. D'autres fois, au contraire, on a vu la salivation se supprimer et être remplacée par un flux intestinal d'apparence salivaire, et l'on a conclu de tout cela qu'un véritable flux pancréatique pouvait remplacer le flux salivaire, et réciproquement. Mais on sent combien il y a loin de ces conjectures à une démonstration complète; aussi n'insisterai-je pas sur ces faits, et me contenterai-je de dire que, dans, quelques cas où l'on a supposé l'existence du flux pancréatique, on a mis en usage avec un certain succès les excitants de la sécrétion salivaire, et en particulier l'usage du tabac à fumer.

ARTICLE V.

KYSTES DU PANCRÉAS.

Je me bornerai dans cet article à l'exposé sommaire d'un seul fait avec les réflexions auxquelles il donne lieu. M. le docteur Gould (1) a rapporté un cas de kyste du pancréas, dans lequel le symptôme le plus remarquable consistait dans des garde-robes graisseuses. On remarqua que ces selles graisseuses n'existaient que lorsque le malade prenait des aliments gras. Le docteur Bright (2) avait déjà constaté l'existence de ces selles dans les canoers du pancréas, mais il u'avait pas fait la même remarque. Les intéressantes expériences de M. Cl. Bernard sont venues donner l'explication de ce fait. Elles ont démontré que le suc pancréatique est destiné, exclusivement à tout autre liquide, à la digestion des matières grasses. Si le pancréas est altéré au point de ne plus pouvoir fournir ce liquide, les selles graisseuses doivent se produire.

Ici se termine ce que j'avais à dire des affections si peu connues du pancréas. J'aurais pu étendre considérablement cet article, car, grâce aux recherches des auteurs que j'ai cités, on trouve un assez grand nombre de matériaux réunis;

⁽¹⁾ Anat. mus. of the Boston Soc. for med. improv., 1817, p.-174.

⁽²⁾ Medico-chirurgical Trans.; London, 1833, t. XVIII, p. 1 et suiv.

mais je n'ai pas dû oublier qu'il ne s'agit nullement, dans un ouvrage de la nature de celui-ci, d'être complet sur tous les points, et qu'il importe seulement de présenter au médecin tout ce qui peut être réellement utile dans la pratique.

CHAPITRE V:

MALADIES DU PÉRITOINE.

Nous allons trouver dans ce chapitre des affections infiniment plus intéressantes que celles qui sont contenues dans les deux précédents, et quoique la plupart de ces affections n'aient pas été étudiées avec toute la rigueur nécessaire, nous pouvons dire que des recherches très importantes ont été entreprises et poursuivies avec zèle sur ce grave sujet.

On ne doit pas remonter très haut pour trouver dans les auteurs une description exacte des affections péritonéales. Il fallait nécessairement que les connaissances anatomiques sur les divers tissus, et en particulier sur les membranes séreuses, vinssent éclairer la pathologie, pour que les principales difficultés inhérentes au sujet pussent être levées. Aussi, quoique des observations d'anatomie pathologique fort intéressantes se trouvent déjà dans les auteurs des siècles passés, c'est depuis Bichat seulement qu'on a pu, avec une précision suffisante, rapporter les diverses lésions observées aux différents états pathologiques qui ont dû les produire.

Les maladies du péritoine, que je vais décrire dans ce chapitre, sont : 1° la péritonite aiguë, 2º la péritonite chronique, 3º l'ascite, et 4º des altérations dont je dirai seulement quelques mots. La péritonite aiguë sera divisée en plusieurs espèces, dans lesquelles je décrirai principalement la péritonite par perforation. l'introduirai également quelques divisions dans la péritonite chronique, dont l'espèce la plus commune et la plus remarquable est la péritonite tuberculeuse. Quant à l'ascite, on pourrait dire que, dans un nombre considérable de cas, il n'est pas permis de la regarder comme une assection propre au péritoine ; car la cavité séreuse n'est autre chose, en pareil cas, que le réservoir dans lequel s'accumule la sérosité, dont la sécrétion est due à des causes organiques toutes particulières. Mais comme, en définitive, c'est dans le péritoine que les principaux symptômes ont leur siège, et que le traitement actif est dirigé vers cette cavité séreuse, il 'n'y a aucun inconvénient à faire de l'hydropisie ascite une maladie péritonéale, d'autant plus qu'il est admis par tout le monde que, dans certains cas, c'est dans le péritoine lui-même, ou dans le tissu cellulaire qui le double, qu'on doit chercher la source de l'affection.

ARTICLE Ier.

PÉRITONITE AIGUE.

L'histoire de la péritonite est celle qui a dù le plus tard être tracée d'une manière convenable. On trouve sans doute dans plusieurs auteurs antérieurs à Bichat, et entre autres dans Walther (1), quelques idées assez exactes sur l'inflammation de

⁽¹⁾ De Morb. periton., etc.; Berlin, 1782.

cette membrane séreuse; mais c'est dans les trente ou quarante années qui viennent de s'écouler qu'on a étudié avec le plus de soin et le plus de fruit cette affection si grave dans la plupart des cas. L'inflammation du péritoine, qui se produit si fréquemment dans la fièvre puerpérale, a surtout été l'objet des recherches des auteurs; et il faut citer, parmi ceux qui se sont spécialement occupés de ce sujet. Doublet (1), Gasc (2), M. Tonnellé (3), Dugès (4), Baudelocque (5), etc. Mais d'autres médecins n'ont pas laissé d'étudier le sujet sous d'autres points de vue; c'est ainsi que nous avons, sur la péritonite, les observations de Laënnec (6), de Broussais (7), de M. Andral (8), de M. Cruveilhier (9), et un nombre considérable de mémoires répandus dans les divers recueils.

Dans cet article, je n'accorderai qu'un paragraphe assez court à la péritonite puerpérale, attendu qu'il résulte des recherches récentes que cette péritonite ne peut pas être considérée comme constituant uniquement l'affection désignée sous le nom de fièvre puerpérale, et qu'il faudrait nécessairement, dans l'article consacré plus tard à cette sièvre, revenir sur l'instammation du péritoine, comme faisant partie de la maladie générale.

Une première dissiculté se présente lorsqu'il s'agit de saire la description de la péritonite aiguë : saut-il consacrer un article à part à chaque espèce principale, ou bien doit-on donner une histoire générale de l'assection? Si les espèces dont il s'agit avaient des caractères bien tranchés, et surtout si l'existence de quelques unes d'entre elles, comme la péritonite simple spontanée, était rigoureusement démontrée, on pourrait admettre cette division. Mais il n'en est point ainsi, et nous allons voir qu'excepté la péritonite par extension de l'inflammation d'un organe à la membrane séreuse et la péritonite par perforation, les espèces dont il s'agit ne sont pas aussi bien connues, à beaucoup près, qu'on pourrait le croire d'après les assertions des auteurs. On ne saurait non plus diviser la péritonite, comme l'a fait M. Stokes (10), en espèces correspondant aux divers ages, aux formes anatomiques de la maladie, etc. Les dissérences ne sont pas assez tranchées, suivant ces diverses circonstances, pour qu'on doive procéder de cette manière, et l'on ne pourrait, en imitant cet exemple, que donner des idées peu exactes de la péritonite et de ses diverses espèces. Dans cet état de choses, je crois devoir présenter d'une manière générale l'histoire de la péritonite aiguë, me réservant de distinguer les espèces quand je traiterai des causes, d'en décrire à part les principales à l'occasion des symptômes, et d'appliquer à chacune d'elles le traitement qui lui convient.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

On donne le nom de péritonite aigué ou suraigué, suivant le degré de violence

- (1) Nouvelles recherches sur la sièvre puerpérale : Paris, 1791, in-12.
- (2) Dissert, sur la maladie des femmes à la suite des couches, connue sous le nom de fictre puerpérale.
 - (3) Archiv. gén. de méd., 1830, t. XXII. p. 345, 456; t. XXIII, p. 30, 184.
 - (4) Mémoire sur la péritonite puerperale (Journ. hebd., 1828-30).
 - (5) Traité de la péritonite puerper.; Paris, 1830.
 - (a) Journ. de méd. de Corrisart, an X.
 - (7) Hist. des phlegm. chroniq., t. III, 3ª édit., p. 295 et suiv.
 - (8) Clinique med., t. 11, 3º edit., p. 582 et sniv.
 - (9) Anatomie pathologique du corps humain, t. 1, 13° hvraison avec pl. col.
 - (10) Encyclop. of pract. med., t. III, article Penitonitis.

des symptômes, à l'inslammation à marche rapide qui a pour siège le péritoine ou le tissu qui le double, quelle que soit d'ailleurs la cause qui l'a produite.

On a donné encore à cette maladie le nom d'inflammation du bas-ventre, et, dans des cas de péritonite partielle, ceux d'inflammation du mésentère, de l'épiploon, etc., suivant la partie affectée. C'est aussi cette affection qu'on a désignée parsois sous les noms de gangrenosum peritoneum, peritonei purulentia, peritonei ulceratio, de fièvre mésentérique, etc. Le nom de péritonite est aujourd'hui généralement admis.

La fréquence de la péritonite aiguë est très différente suivant l'espèce: nous allons voir, en effet, tout à l'heure combien est rare la péritonite simple spontanée. Les péritonites par extension de l'inflammation ou par suite de l'inflammation des vaisseaux veineux et lymphatiques, et la péritonite par perforation, ne sont pas, au contraire, des maladies rares. Toutesois on ne peut pas comparer leur sréquence à celle de l'inflammation d'autres membranes séreuses, et en particulier de la plèvre.

§ II. — Causes.

C'est surtout d'après les causes, ainsi que je l'ai dit plus haut, que les divisions de la péritonite ont été établies : il importe donc d'étudier avec soin ce point d'étiologie.

1° Causes prédisposantes.

Age. On admet généralement que l'âge adulte est plus exposé à la péritonite aiguë que les autres âges. Si l'on veut parler de la péritonite aiguë en général, la proposition n'est pas un instant douteuse. Ainsi que je l'ai dit, en effet, c'est presque toujours par la communication de l'inflammation d'un organe au péritoine, ou par suite d'une perforation, que se produit la maladie. Or quelles sont les affections dans lesquelles les choses se passent de cette manière? Ce sont celles qui surviennent à la suite des couches, c'est la perforation intestinale, conséquence des ulcères de la fièvre typhoïde ou de la phthisie pulmonaire; et ce sont là des causes qui se rencontrent surtout chez les individus âgés de dix-sept à quarante ans. Mais si l'on veut rechercher quelle est l'influence de l'âge sur la péritonite simple, on voit qu'on ne peut pas arriver à un résultat aussi précis. M. Simpson (1) a réuni plusieurs observations de péritonites survenues pendant la vie intra-uté-rine; mais ces faits, très intéressants, ont été rassemblés avec assez de peine, et quoiqu'ils soient au nombre de 24, on ne peut pas en conclure que la péritonite soit fréquente chez le fœtus.

La péritonite simple spontanée a été décrite chez les enfants. M. Dugès (2) a consacré un passage assez étendu à la description de cette maladie dans l'enfance; Billard (3) a cité une observation de péritonite aiguë chez le nouveau-né; et enfin MM. Rilliet et Barthez (4) ont fait la description de la péritonite des enfants, d'après douze observations qu'ils ont recueillies, et dont quatre sont, suivant leur expression, des cas de péritonite primitive, tandis que les huit autres étaient des péritonites secondaires.

(1) De la périlonile chez le fœlus, etc. (Archiv. gén. de méd., 3° série. 1838, t. 111, p. 444, et 1839, t. VI, p. 34).

⁽²⁾ Dict. de méd. et chir. prat., article Pénitonite.

¹³⁾ Traite des malad. des enfants, 2º édit., 1833, p. 461.

⁽⁴⁾ Traite des malad. des enfants, t. 1er, p. 555 et suiv.

Il faut remarquer, au sujet des faits qui viennent d'être indiqués, que les cas cités par M. Simpson sont relatifs, en grande partie, à des enfants présentant des vices de conformation, et que, par conséquent, on ne peut pas les faire entrer dans les faits ordinaires; et que celui qui est rapporté par Billard manque d'un si grand nombre de détails, qu'on ne peut pas savoir si la péritonite est, ou non, le résultat d'une violence extérieure. Quant aux cas recueillis par MM. Rilliet et Barthez, il est à regretter que ces auteurs n'aient point fait connaître leurs observations, et surtout qu'il ne nous aient point donné séparément l'histoire de la péritonite primitive et de la péritonite secondaire; car, de cette manière, on aurait vu bien plus facilement ce qui appartient à l'une et à l'autre. Les mêmes réflexions s'appliquent aux auteurs étrangers qui se sont occupés il y a peu d'années de ce sujet, et en particulier à MM. Heyfelder (1) et Romberg (2).

En définitive, nous voyons que les enfants ne présentent que très rarement la péritonite simple spontanée, et que même il n'est pas parfaitement démontré que cette maladie se soit développée chez eux uniquement sous l'influence de causes non traumatiques ou de l'extension de l'inflammation, etc. Mais c'est un point sur lequel j'aurai à revenir tout à l'heure quand il s'agira de déterminer les diverses espèces de péritonites. J'ajoute seulement que, d'après les descriptions que nous possédons, la péritonite ne présente point chez les enfants de signes particuliers, et qu'il n'y a, par conséquent, pas lieu d'en faire, comme quelques auteurs l'ont proposé, une espèce à part, sous le nom de péritonite infuntile. Quant à la péritonite par perforation, elle se rencontre assez souvent chez eux.

Pour compléter ce que j'avais à dire ici des causes de la péritonite chez les enfants, je n'ai rien de mieux à faire que de citer les recherches de M. Thoré à ce sujet. Cet auteur (3), dans un article sort intéressant sur la péritonite des ensants nouveaux-nés, pour lequel il a réuni 63 observations, a constaté: 1° que la péritonite spontanée est aussi rare chez les nouveaux-nés que chez les adultes; 2° que c'est du moment de la naissance jusqu'à deux mois et demi environ qu'elle se déclare habituellement; 3° qu'elle est surtout fréquente au printemps; 4° qu'elle accompagne fréquemment l'érysipèle du tronc; 5° qu'elle est assez souvent la conséquence d'autres lésions, et principalement de lésions abdominales; 6° enfin que dans la moitié des cas environ, elle reconnaît pour cause la phlébite ombilicale. Du reste, les saits observés par M. Thoré ont consirmé ce que nous savions sur l'extrême gravité de la péritonite chez les nouveaux-nés.

Sexe. Nous avons dit plus haut que la péritonite était une des lésions qui se rencontrent le plus fréquemment dans la sièvre puerpérale, et c'est ce qui sait que les semmes sont plus sujettes que les hommes à l'inslammation du péritoine; car pour les autres espèces il n'y à point de dissérence notable.

Constitution. Nous n'avons rien de précis sur l'influence de la constitution. La péritonite suraiguë, survenant ordinairement par suite des lésions des divers organes abdominaux, se développe nécessairement chez un assez grand nombre de sujets dont la constitution est détériorée considérablement par des soustrances de plus ou moins longue durée. Mais ce n'est point là la constitution primitive.

⁽¹⁾ Studien in Gebiet, etc.

⁽²⁾ l'eber Peritonit., 1833.

⁽³⁾ Arch. gén. de méd.: De la périton. chez les enf. nouveau-nés, 1º série, 1846, 1. XI. p. 389; t. XII, p. 21.

Hygiène, etc. Nous ne pouvons non plus rien dire sur l'influence de l'hygiène, des professions, etc. Quant au climat, c'est une question qui ne peut avoir d'importance que relativement à une péritonite qui se produit sous sorme épidémique, comme la péritonite puerpérale. Mais c'est là une question qui trouvera bien plus naturellement sa place à l'article Fièvre puerpérale. Je dois en dire autant de ces insuences qu'on a désignées sous le nom de constitutions épidémiques.

2° Causes occasionnelles.

den réellement une péritonite simple aiguë spontanée; c'est-à-dire une péritonite qui n'aurait pour cause ni une lésion d'un organe abdominal, ni une perforation, ni une violence extérieure. « La péritonite spontanée, c'est-à-dire celle qui naît sans qu'aucune lésion viscérale l'ait précédée ou produite, est, disent les auteurs du l'ompendium, assez rare; cependant, ajoutent-ils, on a publié un trop grand nombre d'observations authentiques de cette phlegmasie, pour qu'on puisse en mettre en doute l'existence: » Je ne crois pas que cette proposition soit rigoureusement acceptable. Sans doute on trouve dans les auteurs un certain nombre d'observations qui, si l'on n'examine que le titre, sont des exemples de péritonite simple et spontanée. Mais si l'on étudie les faits, on s'assure bientôt qu'ils présentent beaucoup de doutes.

Dans les observations de Broussais, par exemple (1), on voit que l'autopsie laisse à désirer un très grand nombre de détails très importants, et sans lesquels il est impossible de se prononcer; et l'on doit d'autant moins le faire, que les symptômes semblent, dans presque tous ces cas, indiquer l'existence d'une perforation. Chez le sujet de l'observation 40°, nous avons, en outre, l'existence d'escarres intéressant toute l'épaisseur de l'intestin; dans l'observation 42°, nous trouvons les symptômes, et jusqu'à un certain point (parce que les détails sont insuffisants) les lésions appartenant à la rupture de la rate. Je pourrais multiplier ces exemples, mais je me contente d'ajouter que Broussais lui-même, dans les derniers temps, reconnaissait que, dans quelques cas du moins, l'investigation cadavérique n'avait pas été faite avec toute la rigueur nécessaire. C'est ainsi qu'à propos d'un sujet dont il rapporte l'histoire en abrégé, il met en note: « Je soupçonne chez ce malade une perforation fort étroite de l'iléon que je n'ai pas aperçue. »

Parmi les observations rapportées par M. Andral, on ne peut regarder comme des péritonites simples, développées spontanément, que les deux premières. Mal-heureusement l'importance de la question que nous traitons ici n'étant pas reconnue à l'époque où ces deux observations ont été prises, on n'a pas eu recours à tous les moyens nécessaires pour s'assurer qu'il n'existait aucune cause organique propre à expliquer la production de la péritonite aiguë.

Deux cas de péritonite sans perforation intestinale (2) ont été observés dans les services de MM. Rayer et Andral. Ces affections se sont déclarées dans la convalescence ou au déclin de la sièvre typhoïde. Malheureusement les observations, telles qu'on les a publiées, ne nous apprennent pas l'état des divers organes et spécialement des poumons.

⁽¹⁾ Loc. rit., observ. 40 et suiv.

²⁾ Journ. des conn. méd.-chir., juin 1846.

Dans ces dernières années, M. le docteur Logerais (1) a fait de cette question l'objet de sa dissertation inaugurale, et a cité plusieurs observations desquelles il résulte qu'un examen extrêmement attentif est nécessaire pour ne pas tomber dans l'erreur; car, chez des sujets où l'on avait les plus grandes raisons de croire que la péritonite s'était développée spontanément, une dissection minutieuse a fait reconnaître l'existence d'une des lésions que je vais énumérer tout à l'heure.

Ensin, et cette considération n'est pas sans importance, il saut remarquer l'extrême rareté des adhérences péritonéales, hors les cas où des lésions organiques en expliquent l'existence, ce qui prouve que bien souvent on a pris d'autres maladies pour des péritonites simples; car le nombre de ces maladies, qu'on prétend avoir guéries, est assez considérable.

En somme donc, on doit regarder la péritonite simple, primitive, spontanée, comme étant au moins excessivement rare, et l'on ne doit pas négliger de publier dans les plus grands détails les observations propres à en établir, d'une manière incontestable, l'existence. Il paraîtra peut-être surprenant que je m'exprime ainsi, mais c'est là une conséquence forcée de l'examen des observations, et l'on ne peut douter, malgré toutes les raisons qui pourraient porter à penser le contraire, que le péritoine, séparé seulement des agents extérieurs par une paroi composée de parties molles, et bien moins à l'abri en apparence des diverses variations de température, ne soit, même en admettant comme authentiques tous les faits publiés, bien rarement atteint d'inflammation, tandis que la plèvre, en apparence bien mieux abritée, s'enflamme si fréquemment.

Je considère ce point d'étiologie comme dominant toute la question de la péritonite, et c'est ce qui m'a engagé à insister sur cette discussion. Je pense qu'elle ne paraîtra pas trop longue, si j'ai su faire ressortir toute son importance.

Les causes occasionnelles qui, suivant les auteurs, peuvent faire naître la péritonite simple, spontanée, sont, en première ligne, l'influence du froid, l'ingestion des boissons froides, le corps étant en sueur, et quelques autres qu'on a attribuées à presque toutes les inslammations.

2° Péritonite traumatique. Les violences extérieures peuvent donner lieu à la péritonite, qu'on doit désigner alors sous le nom de péritonite traumatique. Des coups violents sur la région abdominale, une chute, une sorte pression, ont suffichez quelques sujets pour saire naître l'instammation de la séreuse, en l'absence de toute rupture des organes abdominaux.

M. le docteur Th. Bennet (2) a vu une péritonite produite par le passage de la roue d'une pesante voiture sur l'abdomen. La guérison sut rapidement obtenue par un traitement antiphlogistique.

Mais ces saits sont exceptionnels, et dans l'immense majorité des cas, ce n'est que par une rupture que se produit la péritonite. Les plaies pénétrantes de l'abdomen ont, comme on le sait, pour une de leurs conséquences les plus sacheuses. l'inflammation du péritoine : en pareil cas, la péritonite a de grands rapports avec la péritonite par persoration.

3° Péritonite par extension de l'instammation. J'ai déjà dit plusieurs sois qu'une instammation pouvait s'éteudre d'un des organes abdominaux au péritoine. Quel-

⁽¹⁾ These; Paris, 1810.

⁽²⁾ The Lemel, 22 mars 1845.

ques auteurs, et Broussais en particulier, ont pensé qu'une des principales causes de la péritonite générale était l'extension de l'inflammation de l'intestin, dans l'entérite primitive, au péritoine qui recouvre cet organe. Mais les saits prouvent que c'est là une opinion erronée, et que, dans les cas qu'on a cités, on a méconnu la persoration qui avait réellement produit la péritonite : aussi n'est-ce pas de l'inflammation de l'intestin que je veux parler ici.

La péritonite par extension de l'inflammation se produit dans le cours des affections inflammatoires des organes contenus dans la cavité abdominale ou voisins de cette cavité. Le plus souvent, la péritonite qui se développe de cette manière est une péritonite partielle. C'est ainsi que, dans les abcès du foie, dans ceux de la rate, dans la métrite, qui envahit profondément l'utérus, on voit l'inflammation occuper le péritoine qui recouvre ces organes, et le faire adhérer, au bout d'un certain temps, avec la séreuse qui tapisse la paroi de l'abdomen. En pareil cas, les choses se passent comme dans les cas ordinaires de pleuro-pneumonie, où l'inflammation de la plèvre correspondant à la partie du poumon hépatisé, n'est que consécutive. Mais, d'autres fois, la péritonite, qui prend naissance dans le point occupé par un organe enflammé, peut devenir générale, et alors cette affection prend une gravité à peu près aussi grande que la péritonite par perforation, dont il sera question tout à l'heure. Nous avons vu des exemples de ce genre dans les cas d'hépatite. Un des plus remarquables a été cité par M. Andral.

Il faut rapprocher de ces faits les cas où, dans une hernie étranglée, l'inflammation, développée au point d'étranglement, se propage à tout le péritoine et cause promptement la mort.

Quelquesois une péritonite aiguë prend son point de départ au niveau d'un organe atteint d'une lésion chronique, sans que pourtant il y ait persoration. En pareil cas, la lésion organique ayant sait rapidement de grands progrès, il s'est développé autour d'elle un travail inslammatoire qui a ensuite envahi le péritoine. Cette péritonite est presque toujours partielle. C'est ainsi que dans le cancer du soie, dans certaines atrophies de cet organe, nous avons vu des adhérences se sommer entre lui et la paroi abdominale, par suite de ces inslammations partielles.

4° Péritonite puerpérale. Cette péritonite, qui survient ordinairement dans des circonstances toutes particulières, car les épidémies de fièvre puerpérale sont très fréquentes, ne peut pas, je le répète, être, dans l'état actuel de la science, considérée comme une affection à part. C'est dans l'histoire de la sièvre puerpérale qu'il faut chercher quelles sont les conditions de son développement, quelles sont les particularités qu'elle présente. Disons seulement ici que, dans le plus grand nombre des cas où elle se produit, elle a son point de départ dans l'inflammation de l'utérus, et que les vaisseaux veineux et lymphatiques de cet organe sont alors principalement-affectés. Cependant, et c'est là ce qui a sait revenir les esprits de l'exagération qui avait prévalu dans ces dernières années, où l'on ne voulait voir dans les fièvres des femmes en couches qu'une simple péritonite, on trouve des cas où le péritoine est enslammé, sans que cette inslammation paraisse avoir sa source dans l'utérus, et de plus il y a divers foyers de suppuration qui indiquent une insection générale. On voit qu'il y a, en pareille circonstance, une cause particulière qui ne peut être étudiée que quand nous arriverons à la fièvre puerpérale, dans laquelle se produit la péritonite, aussi bien qu'un grand nombre d'autres lésions.

5º Péritonite par perforation ou par rupture. C'est là la forme la plus grave de l'inflammation du péritoine. Il est un grand nombre de lésions des organes contenus dans l'abdomen qui peuvent produire une perforation suivie d'une péritonite mortelle. Nous trouvons d'abord les perforations intestinales, dont la plupart nous sont déjà connues, et dont les autres appartiennent à la sièvre typhoïde. Puis la perforation, la rupture de l'estomac (1), la perforation, la rupture de la vésicule et des canaux biliaires; celle des uretères, de la vessie, dont il sera question plus tard; en un mot la perforation et la rupture des divers organes creux, sans en excepter l'utérus et les trompes, qui, dans certaines circonstances, présentent ces lésions terribles.

Une persoration ou une rupture peut avoir lieu dans un organe plein, lorsque l'inflammation est venue préalablement y creuser une cavité accidentelle. C'est ainsi que des abcès du foie, de la rate, etc., peuvent rompre leurs parois, se vider dans le péritoine, et produire les accidents mortels qui seront décrits dans le paragraphe suivant. Il en est de même des divers kystes, et en particulier des kystes hydatiques.

Des abcès formés simplement dans le tissu cellulaire qui double le péritoine peuvent avoir également cette sâcheuse terminaison: c'est ainsi qu'on voit des collections purulentes, qui se sont formées derrière le cœcum, rompre la paroi qui le sépare de la grande cavité péritonéale, y verser leur contenu, et produire la péritonite générale. Il y a dans ces cas cela de remarquable, que souvent la maladie ayant commencé par la rupture ou la persoration d'un organe creux qui produit l'abcès, il survient plus tard une seconde rupture, qui est celle de l'abcès suimême. La marche de la maladie mérite, en pareil cas, d'être étudiée d'ane manière toute particulière.

Dans quelques cas, ensin, on a vu des lésions d'organes étrangers à la cavité abdominale donner lieu à des collections purulentes qui, détruisant les parois de cette cavité, y versent le liquide qu'elles renserment. C'est ainsi qu'on a vu des above de la base du poumon se vider dans la cavité abdominale, après la persoration du diaphragme.

Je pourrais multiplier presque à l'infini ces citations, mais sans grande utilité, puisque, à l'occasion de chaque affection, j'ai eu soin d'indiquer ce genre de terminaison de la maladie, lorsqu'il est possible. Ajoutons seulement ici que ce qui ressort de plus général de tous ces faits, c'est que toutes les fois qu'une cavité contenant un liquide se vide dans le péritoine, la péritonite générale survient, et que sa violence est d'autant plus grande que le liquide est plus irritant. Dans les cas où ce liquide est du sang, comme dans la rupture des anévrysmes, dans la rupture de la rate, la mort causée par l'hémorrhagie est trop prompte pour que la péritonite arrive à son entier développement, et l'on n'observe que les symptômes du débat.

Telles sont les causes les mieux connues; passons maintenant à la description des symptômes, qui ont été, en général, étudiés avec grand soin.

S III. — Symptômes.

Pour la description des symptômes, il saut absolument tenir compte de la divi(1) Foy. t. II.

son précédente; car les choses se passent différemment, suivant que la péritonite s'est produite spontanément ou sous l'insluence des causes qui viennent d'être éaumérées. Malheureusement, la question n'a pas été suffisamment étudiée sous ce point de vue si important, et, si l'on excepte la péritonite par persoration, sur les symptômes de laquelle M. Louis a particulièrement sixé l'attention (1), on peut dire que les diverses espèces de cette affection si grave n'ont pas été suivies avec toute l'exactitude nécessaire dans leur marche et leur développement. Je vais décuire successivement la péritonite simple spontanée; la péritonite par extension de l'inflammation; la péritonite puerpérale, dont je ne dirai que quelques mots, pour les raisons indiquées plus haut; et ensin la péritonite par perforation ou par rapture.

1º Péritonite simple spontanée. Sans revenir sur ce que j'ai dit de la difficulté qu'on éprouve à trouver dans la science des cas bieu tranchés de cette espèce, je rappellerai cependant que, par suite de cette circonstance, la description qui va suivre doit être regardée comme peu précise. Les observations de M. Andrai étant celles qui paraissent le moins douteuses, c'est d'après elles surtout que je crois devoir exposer les symptômes.

Début. Le début est variable. Des douleurs abdominales, semblables à des coliques, avec un malaise général, peuvent exister pendant un ou plusieurs jours, avant d'acquérir le caractère des douleurs de la péritonite; c'est ce qu'on voit dans la seconde observation de l'auteur que je viens de citer. Parfois on a vu des individus éprouver tout à coup une douleur violente, excessive, dans un des points de l'abdomen, et cette douleur s'étent rapidement à tout le ventre, sans qu'après la mort on ait trouvé de lésions hors du péritoine, et sans qu'on ait découvert une perforation. C'est ce que l'on voit encore dans la première observation de N. Andral. Mais il faut remarquer que ce sont la précisément les caractères de la perforation; que souvent cette perforation est très difficile à découvrir, et qu'à l'époque où cette observation a été prise, l'attention n'était pas suffisamment fixée sur ce point de pathologie. Aussi ne serais-je pas surpris que l'auteur élevât luimême aujourd'hui des doutes sur l'exactitude du fait.

On a encore indiqué, comme des symptômes du début de cette péritonite, les frissons ou le mouvement fébrile, les troubles digestifs; mais on a eu principalement en vue, selon toutes les probabilités, ce qui se passe dans les cas de péritonite puerpérale, et nous avons indiqué plus haut les motifs qui nous forcent à étudier à part cette dernière espèce.

Symptômes. De quelque manière que la douleur se soit produite, elle persiste jusqu'à la fin. Son siège, qui a été d'abord borné à une partie variable du ventre, et qui a tantôt occupé un point, tantôt un autre, comme dans les cas où elle commence sous forme de coliques, finit par s'étendre à tout l'abdoinen. Cette douleur est vive, et se fait remarquer principalement (on pourrait dire presque exclusivement) sous l'influence de la pression et dans les divers mouvements que fait le malade. Elle est ordinairement portée à un assez haut degré, pour que le moindre changement de position soit impossible, ou du moins ne puisse se faire sans des souffrances intolérables.

⁽¹⁾ Recherches sur la sièvre typhoïde, 2° édit., t. II, Perforation de l'iléon.

La tuméfaction du ventre est ensuite le symptôme le plus important; elle est due à deux causes différentes: l'une est le développement de gaz qui distendent les intestins, l'autre l'accumulation d'un liquide et de fausses membranes en plus ou moins grande abondance dans le péritoine. Mais la première de ces causes a bien plus d'action que l'autre. Cette tuméfaction se produit avec une rapidité très variable, suivant les cas; aussi quelquesois a-t-on trouvé, au début, le ventre plus ou moins rétracté.

La percussion sait reconnaître les causes de la tumésaction du ventre. On trouve, en esset, dans une très grande étendue de l'abdomen une sonorité augmentée qui indique le développement de gaz dans l'intestin; tandis que vers les parties déclives, et surtout vers les slancs, on constate une matité peu étendue qui indique l'accumulation d'une petite quantité de liquide. Néanmoins ce dernier signe peut manquer, car on voit des cas dans lesquels le liquide est accumulé exclusivement dans les parties prosondes du bassin.

Comme la tuméfaction a lieu d'une manière ordinairement prompte, il en résulte que les parois du ventre conservent à peu près toute leur sorce de résistance, et de là une rénitence de l'abdomen, dont la sorme élevée et arrondie dissère notablement de la sorme plus ou moins aplatie que prend le ventre dans l'ascite.

On a cherché aussi à déterminer l'existence du liquide dans le péritoine, en provoquant la fluctuation; mais les fausses membranes qui se forment très rapidement, la très petite quantité et la consistance du liquide, s'opposent à ce que l'on obtienne des résultats bien positifs. Les autres signes de la maladie sont d'ailleurs tellement caractéristiques, qu'il est inutile d'insister beaucoup dans la recherche de celui-ci.

Il est, au reste, une réflexion qui s'applique à toutes ces explorations propres à faire reconnaître les signes physiques, c'est qu'elles n'amènent-point à des résultats assez importants pour qu'on doive s'y livrer avec toute la rigueur habituelle. L'abdomen est, en effet, comme je l'ai dit plus haut, excessivement douloureux à la moindre pression, et l'on n'est point autorisé, dans le seul but d'arriver à un diagnostic qu'on peut établir d'une autre manière sur des bases solides, à provoquer des douleurs excessives, qui peuvent encore ajouter à la gravité du mal. Aussi la palpation faite avec une très grande douceur, et la percussion exercée avec les plus grands ménagements, doivent être seules mises en pratique.

Dans ces derniers temps, on a appliqué l'auscultation à l'étude des maladies de l'abdomen, et dans certains cas on a trouvé un bruit de frottement semblable à celui que nous avons signalé dans la pleurésie. Mais ce fait n'a jamais été constaté dans un cas de péritonite simple spontanée. Disons toutefois ici que les conditions nécessaires pour la production de ce bruit de frottement que l'on a comparé quelquefois à un bruit de cuir neuf, à un raclement, à un craquement, etc., sont l'existence de fausses membranes rugueuses, glissant l'une sur l'autre dans les mouvements du ventre. M. Després (1) a surtout insisté sur ce phénomène, qui a ensuite été reconnu par MM. Beatty (2), Corrigan (3), le docteur Bright (4', MM. Barth et Roger (5), et bon nombre d'autres observateurs.

⁽¹⁾ Bull. de la Soc. anat., 1331, et Thèse, Paris, 1810.

⁽²⁾ Dublin Journ., nº 16, et Arch. med., t. VI, 2º série, 1834.

⁽³⁾ Dublin Journ., nº 27, extrait dans les Arch., t. XII, 2º série, 1836.

⁽⁴⁾ Medic. chir. Transact. of London, 1835, t. XIX.

⁵⁾ Traite d'auscult., 2º édit., p. 513 et suiv.

- M. le docteur Spittal (1) l'a décrit avec beaucoup de soin dans un mémoire où il rapporte deux observations détaillées. Je crois devoir citer les deux dernières conclusions de ce consciencieux travail :
- « En quelque endroit, dit M. Spittal, qu'on perçoive les bruits de frottement péristaltique, on peut les regarder comme le signe caractéristique du glissement des intestins les uns sur les autres, et contre les parois abdominales, sans adhérences, ou avec des adhérences peu nombreuses. En tous cas, ils prouvent que les intestins ne sont pas entièrement adhérents ou réunis en une seule masse, non plus que sixés dans une grande étendue contre les parois abdominales.
- Dans les cas où le bruit de frottement qui a son siège à la partie supérieure de l'abdomen pourrait être consondu avec le bruit de frottement pleural, la présence, à un certain degré, des vibrations péristaltiques, suffirait pour fixer le le diagnostic. •

Ce bruit de frottement ne se montre ordinairement qu'à une époque peu éloignée du début de la maladie, parce que plus tard l'épanchement du liquide ou bien l'organisation des fausses membranes et les adhérences des deux faces du péritoine, s'opposent à sa manifestation.

Il peut être reconnu par l'application seule de la main, et c'est de cette manière qu'il a été distingué par M. Bright, que je viens de citer; il donne alors à la main la sensation d'un craquement sec plus ou moins sort.

Les symptômes qui sont ensuite les plus importants se trouvent dans les voies digestives. Du côté de l'estomac, on remarque des vomissements qui ont particulièrement fixé l'attention des observateurs. Les vomissements, ordinairement précédés et accompagnés de nausées fréquentes, sont principalement formés de bile; la matière rendue est jaune, verdâtre, souvent d'un vert foncé, porracée et amère. Plus tard, non seulement ces vomissements existent, mais encore les malades rejettent tout ce qu'ils prennent, et le vomissement devient presque incessant : symptôme d'autant plus fâcheux, que les contractions nécessaires pour expulser les matières contenues dans l'estomac sont toujours extrêmement douloureuses. Parfois, à une époque avancée de la maladie, ces vomissements ont lieu par simple régurgitation.

Sous ce rapport, les choses se passent un peu disséremment chez les ensants, suivant les recherches de M.M. Rilliet et Barthez. « Les vomissements sont, disentils, rares chez les ensants : deux sois seulement (2) ils ont marqué le début; ils ont alors été bilieux, abondants; dans un troisième cas, ils sont survenus seulement le onzième et le dix-huitième jour de la maladie. »

Du côté du tube digestif, on a signalé principalement la constipation, et Broussais, qui s'est attaché à faire ressortir l'importance de ce symptôme, l'a attribué à la difficulté qu'éprouvent les sibres intestinales à se contracter. Mais je serai remarquer, à ce sujet, qu'on n'a pas sussisamment distingué l'espèce de péritonite à laquelle on avait assaire : en sorte que nous ne savons pas si ce symptôme doit s'appliquer à la péritonite simple spontanée. MM. Rillict et Barthez ont, chez les ensants soumis à leur observation, remarqué au contraire, dans le plus grand nombre des cas, un dévoiement qui a duré pendant tout le cours de la maladie chez

⁽¹⁾ London and Edinburgh monthly Journ., mai 1845, et Arch. gen. de méd., août 1845.

^{(2;} Loc. cil., p. 251.

les sujets qui ont succombé, et pendant un assez grand nombre de jours chez les autres.

L'état de la langue n'a pas été suffisamment étudié dans les cas de péritonite spontanée; mais, d'après ce que nous savons sur les autres maladies inflammatoires, nous devons penser qu'il n'a de rapports qu'avec la violence plus on moins grande de l'inflammation et de la fièvre. Dans les cas très graves, on trouve la langue sèche, brunâtre, sendillée. L'appétit est constamment perdu, et la soif est ordinairement intense.

Un autre symptôme qui a quelque rapport avec ceux qu'on observe du côté de l'intestin, est la difficulté d'uriner. Elle a été signalée par la plupart des auteurs, et l'on a dit que l'urine était épaisse, trouble, ordinairement rouge : c'est un symptôme sur lequel je reviendrai à propos de la péritonite par perforation.

Les symptômes généraux qui accompagnent cette espèce de péritonite n'ont pu être étudiés avec grand soin; bornons-nous donc à indiquer ici rapidement ce qui ressort de plus général des observations et des descriptions des auteurs. On n'a point cité l'existence de frissons se prolongeant dans le cours de la maladie; MM. Rilliet et Barthez n'en ont point observé chez les enfants. Dans les cas où l'affection se développe avec lenteur, le pouls conserve une certaine largeur, et offre de la résistance et une accélération modérée dans les premiers jours. A une époque plus avancée, lorsque la maladie doit se terminer par la mort, le pouls devient faible, petit, misérable, et son accélération, bien loin de diminuer, augmente sensiblement. Dans les cas où l'on a vu l'affection se développer avec une très grande rapidité, le pouls a offert, dès le début, cette petitesse et cette accélération extrêmes; mais on a eu tort, ainsi que l'a fait remarquer M. Andral, d'attribuer à tous les cas sans exception un symptôme qui peut manquer dans certaines circonstances. Cette proposition est confirmée par les observations de MM. Rilliet et Barthes.

Dans les quinze premiers jours, on observe une chaleur plus ou moins intense, qui peut être remplacée dans les derniers moments par le refroidissement des extrémités et même de tout le corps. La peau est ordinairement sèche. La face exprime une vive soussirance, et, aux approches de la mort, présente ce sacies hippocratique que nous aurons à signaler dès le début dans les cas de péritonite par persoration.

Ensin, on a noté l'accélération de la respiration, qui est purement costale, parce que les malades évitent toute contraction de l'abdomen, qui réveillerait des douleurs excessives; et de plus, une agitation plus ou moins vive au plus fort de la sièvre, parsois même du délire, et, dans les derniers temps, la prostration, le come, la perte de l'intelligence. Tous ces symptômes, je le répète, ont été étudiés avec peu de soin.

2º Péritonite par extension de l'inflammation. C'est principalement dans cette péritonite qu'on a étudié le bruit de frottement péritonéal. Cette espèce nous présente en outre quelques particularités dans son début. C'est elle qui constitue le plus souvent la péritonite partielle ou circonscrite, et c'est sous ces divers points de vue qu'il importe seulement de la considérer ici.

Début. Le début de la péritonite par extension de l'inflammation est remarquable en ce que la douleur qui annonce l'invasion se produit dans le cours d'une affection dont on a déjà pu suivre les symptômes. Ainsi, dans les cas de hernie étronglée, on a vu d'abord les accidents propres à cet étranglement durer pendant un temps assez long, puis des signes d'inflammation se montrer dans le sac herniaire,

et enfin des douleurs péritonéales se faire sentir dans les parties voisines pour s'irradier de ce point vers les autres parties de l'abdomen. Les choses se passent de même dans les cas d'inflammation du foie; l'augmentation de volume de cet organc, la sensibilité à la pression, les vomissements et l'ictère précèdent, pendant un temps variable, les douleurs beaucoup plus vives qui annoncent l'invasion de la péritonite.

Il est cependant des cas, et ces cas sont fréquents, où le début de la péritonite n'est point aussi facile à constater, c'est lorsque l'inflammation du péritoine est partielle, lorsqu'elle ne s'étend pas au delà de l'organe primitivement enflammé. Il peut, en effet, arriver alors que cette partie du péritoine s'enflamme en même temps que l'organe lui-même, et les douleurs produites par la péritonite se confondent avec celles de l'inflammation organique. Une plus grande intensité de la douleur, son siège plus superficiel, ce qui rend la moindre pression très difficile à supporter, sont alors les seuls signes auxquels on puisse reconnaître le début de la péritonite partielle. Si cette espèce de péritonite survient dans le cours d'une maladie chronique, ses sigues sont plus apparents, car à une douleur sourde, obtuse, succède une douleur violente.

Symptomes. A moins que l'inflammation ne devienne très rapidement générale, on n'observe point d'abord de phénomène très remarquable, sauf la douleur. Mais si l'on pratique l'auscultation, on entend, aux environs du point de départ, le bruit de cuir neuf, de craquement, de frottement, qui a été principalement observé dans les cas de ce genre. A une époque plus avancée surviennent la tumé faction du ventre, la rénitence intestinale, en un mot, les symptomes précédemment décrits et sur lesquels il serait inutile de revenir ici.

Si la péritonite reste partielle, ce qui est le cas le plus commun lorsque l'infammation d'un organe se communique au péritoine, la maladie primitive conserve ses caractères; on observe seulement l'augmentation de la douleur précèdemment mentionnée et une certaine exaspération des symptômes généraux.

3° Péritonite puerpérale. La péritonite puerpérale est surtout remarquable par son début et par la violence des symptomes qui la caractérisent. Examinons-la sous ces deux points de vue.

Début. Il est rare que l'inflammation du péritoine se manifeste pendant le cours nême de l'accouchement; cependant en en trouve quelques exemples dans les auteurs, et dans ces cas seulement on peut admettre que la péritonite est la lésion principale, celle qui donne lieu à tous les symptômes de la fièvre puerpérale. Tous les auteurs, surtout depuis Chaussier, ont indiqué comme un symptôme qui caractérise particulièrement le début de cette espèce de péritonite, un frisson violent qui s'accompagne de tremblement des membres, de claquement des dents, et dure pendant une ou plusieurs heures. Mais reste à savoir si ce frisson appartient à la péritonite elle-même ou bien à la fièvre puerpérale, dont la péritonite n'est qu'une des expressions organiques, s'il est permis de parler ainsi. C'est là une question qui sera examinée dans la description de cette dernière maladie.

Peu de temps après que ce frisson s'est manifesté, il survient, vers l'hypogastre, des douleurs violentes qui bientôt gagnent toute l'étendue de l'abdomen, et l'existence de la péritonite est confirmée.

Symptômes. Le ballonnement du ventre est beaucoup plus remarquable dans ce cas que dans sous les autres, ce qui tient évidemment à la flaccidité des parois

abdominales, dont la distension est rendue par là très facile. L'accumulation des gaz dans les intestins est souvent très prompte. Des nausées, des vomissements bilieux se manifestent à une époque très rapprochée du début, et parsois même dès le début. La soif est considérablement augmentée, l'appétit complétement perdu. La langue, humide, blanchâtre, souple dans les premiers jours, devient ordinairement brune dans les derniers temps. Du côté de l'intestin, on observe le plus souvent de la diarrhée, quelquesois cependant de la constipation, et parsois des alternatives de diarrhée et de constipation. On voit par là combien quelques auteurs out eu tort de regarder la constipation comme un symptôme presque caractéristique de la péritonite.

Cette espèce de péritonite est une de celles où la respiration paraît le plus gênée, à cause de la distension considérable que prend le ventre pour les raisons indiquées plus haut. Au reste, il en est de ce symptôme comme de tous les autres qui sont en rapport avec l'extrême violence de l'inflammation en pareil cas. C'est ainsi que lorsque la maladie a acquis tout son développement, les symptômes précédents prennent une intensité extrême, les vomissements deviennent incessants, les douleurs à la pression sont intolérables, et les moindres mouvements impossibles, ce qui force les malades à se tenir constamment couchées sur le dos.

Les symptômes généraux sont en rapport avec la grande violence de la maladie; mais ils ne dissèrent pas sensiblement de ceux qui ont été précédemment indiqués. La chaleur de la peau, la sréquence du pouls, l'agitation, l'anxiété, l'état vultueux de la face, et plus tard le délire, la petitesse du pouls, l'augmentation de sa fréquence, qui est telle qu'on le sent battre 140 sois par minute, ou même plus; la perte complète des forces, l'abattement, l'aspect terreux de la face, l'amaigrissement de cette partie et de tout le corps; des sueurs visqueuses, et l'état comateux dans quelques cas, complètent le tableau de cette maladie.

Toutesois il est une circonstance qu'il ne saut pas oublier, car elle a une très grande importance dans la symptomatologie de la péritonite puerpérale. C'est: 1° l'absence complète de la sécrétion lactée, dans le cas où la péritonite est survenue peu de temps après l'accouchement, ou la suppression de cette sécrétion dans les cas où elle s'était déjà établie, de telle sorte que les mamelles se sétrissent et restent vides et slasques; 2° la suppression plus ou moins complète des lochies. Ces deux phénomènes ont été principalement signalés par les auteurs qui nous out précédé; mais les recherches modernes ont démontré qu'on en avait beaucoup exagéré l'importance, aussi est-ce un point sur lequel je reviendrai à l'article Fièvre puerpérale; j'y renvoie le lecteur.

Je dois le répéter ici, je n'ai pas eu la prétention de donner une description de la péritouite puerpérale envisagée, ainsi que l'ont sait plusieurs auteurs, comme une affection toute particulière. S'il en avait été ainsi, j'aurais dû m'étendre longuement sur son histoire, mais alors je n'aurais pas pu considérer la sièvre puerpérale comme une affection complexe comprenant la péritonite, ce qu'on se saurait s'empêcher de saire dans l'état actuel de la science.

4° Péritonite par perforation ou par rupture. La péritonite par perforation ou par rupture, soit d'un organe creux, soit d'un kyste, soit d'un abcès, en un mot de toute cavité naturelle ou accidentelle d'où un liquide peut s'épancher dans le péritoine, est celle qui a été principalement désignée sous le nom de péritonite

avaigué. Elle est remarquable surtout par son début, mais elle présente en outre des particularités importantes qui vont être signalées. La première description bien précise de cet accident redoutable est due à M. Louis (1). Plus tard, un assez grand nombre d'auteurs ont fixé leur attention sur ce point intéressant de pathologie, et nous ont fourni des faits très utiles à connaître. Je citerai, entre autres, M. Stokes (2) et M. Forget (3). En outre, un bon nombre d'observations isolées sont éparses dans les divers recueils, en sorte qu'il est facile de tracer une histoire exacte de cette espèce.

Début. J'ai réuni dans un seul et même paragraphe les péritonites par persoration et par rupture, parce que, dans l'un et l'autre cas, les symptômes et les conséquences funestes de la maladie sont les mêmes. Dans le cours d'une des affections qui peuvent donner lieu à l'ulcération et à la perforation d'un organe creux, ou à la rupture d'une cavité contenant un liquide (4), on voit tout à coup survenir une douleur extrêmement vive, déchirante, qui occupe d'abord un point limité de l'abdomen, et s'étend bientôt rapidement au reste de la cavité péritonéale : tel est le signe qui caractérise essentiellement le début de la péritonite par persoration ou par rupture. On a cité, il est vrai, quelques cas où il n'a pas été aussi tranché, mais ces cas sont exceptionnels, et j'y reviendrai plus loin. Je dis que ce signe caractérise le début de la péritonite par perforation ou par rupture, mais il ne faut pas croire qu'il suffise seul pour faire admettre l'existence de l'inflammation péritonéale. Des douleurs semblables, ou présentant la plus grande analogie avec elles, peuvent, en effet, se produire et se dissiper promptement, sans laisser après elles aucun symptôme grave. Nous en avons vu des exemples dans la colique hépatique. Ce que j'ai voulu établir positivement, c'est que, quand une péritonite bien confirmée a débuté de cette manière, on doit la regarder comme étant causée par la persoration ou la rupture d'une cavité naturelle ou accidentelle. Ainsi rien n'est plus important que de s'informer avec le plus grand soin de la manière dont s'est produit cet accident, presque toujours inattendu.

Symptômes. Ordinairement les symptômes de la péritonite par perforation ou par rupture sont des plus violents et des plus marqués; c'est ce qui a lieu dans les cas où le début est tel que je l'ai indiqué. Parfois cependant ce début et les symptômes qui suivent sont beaucoup moins bien caractérisés; ce sont là des cas qu'il faut ranger parmi les péritonites latentes dont je parlerai plus loin. Ne nous occupons ici que de ceux où l'affection présente tous ses caractères.

Cette douleur si violente et survenue tout à coup, que nous avons vue marquer le début, conserve son intensité dans les premiers temps. Bientôt le ventre se tumé fie, et la pression exercée sur ses parois devient intolérable. Cette exaspération de la douleur sous la pression est un signe de la plus haute importance, et M. Louis a fortement insisté sur ce point. Voici comment il s'exprime à ce sujet : « La subite apparition d'une douleur violente de l'abdomen, accompagnée de l'altération de la physionomie, serait insuffisante pour porter, avec toute la certitude possible, un

⁽¹⁾ Recherches anat. path., etc. Mém. sur la perfor. de l'intestin gréle, pag. 136 ct suiv.: Paris, 1826.

⁽²⁾ Cyclopedia of pract. medic.: Peritonitis from perfor., etc., t. III, p. 308.

^{(3.} Mémoire sur les perfor. du canal dig. (Gaz. méd.).

⁽⁴⁾ Voy. Affections de l'estomac, de l'intestin; Phihisie; Fièvre typhoïde; Maladies du fois et des voies biliaires; Maladies de l'utérus et de l'oraire; Abcès de la fosse Wayne, etc.

pareil diagnostic: il faut que la douleur soit exaspérée par la pression. Ainsi j'ai vu meurir, en moins de trois jours, à la Charité, une semme atteinte de phthisie pulmonaire encore peu avancée, qui offrait pour toute lésion récente, à l'ouverture de son corps, une soule de taches rouges, lenticulaires, dans toute l'étendue de la membrane muquense du colon, bien qu'elle eût éprouvé, dans toute leur violence, les symptômes indiqués; mais la douleur du ventre n'avait pas été exaspérée par la pression. »

L'extension de la douleur à tout l'abdomen n'est pas moins digne d'attention, et le même auteur (1) a insisté en ces termes sur ce point intéressant : « Non-seulement cette exaspération est nécessaire, mais il faut encore, pour la sûreté du diagnostic, que la douleur s'étende, plus ou moins promptement, à tout l'abdomen. Le fait suivant en est la preuve. Il s'agit d'un homme de trente ans que j'observai en 1823 à la Charité, où il était venu se faire traiter d'une maladie de l'estomac. Il offrait, effectivement, tous les symptômes d'une gastrite chronique; mais, après quelques jours de repos, il fut pris subitement d'une violente douleur à l'épigastre, bientôt accompagnée de nausées, de vomissements, de l'altération des traits. Cette douleur, qui était exaspérée par la pression, occupait un espace peu considérable; elle fut tonjours bornée à la région où elle s'était déclarée, et eut, comme les autres symptômes, plus ou moins de violence pendant quatre jours, après lesquels le malade mourut. A l'ouverture de son corps, on trouva pour principale lésion un épanchement considérable de sang derrière le péritoine, par suite de la rupture d'un anévrysme de l'artère cœliaque. »

On pourrait appuyer ces remarques de M. Louis par des faits d'une autre nature. C'est ainsi qu'on voit des perforations intestinales se faire dans un point où le casal est seulement doublé de tissu cellulaire, comme à la partie postérieure du cœcum; alors il n'y a pas de péritonite, mais bien un abcès post-péritonéal, et la douleur reste fixe dans le point où elle s'est produite, à moins qu'il ne survienne une rupture des parois de l'abcès, et que le pus ne tombe dans le péritoine, ce qui rentre dans les cas ordinaires dont je viens de parler.

Cependant on a cité quelques saits exceptionnels où une persoration saisant, selon toutes les probabilités, communiquer la cavité de l'intestin avec celle du péritoise, la douleur est restée circonscrite. M. le docteur de Castelnau (2) a rapporté un cas de ce genre. On a expliqué cette particularité par la formation rapide d'adhérences entre deux anses intestinales, et par un épanchement uniquement gazeux dans la cavité séreuse. Ces cas, sur lesquels je reviendrai, sont, je le répète, entièrement exceptionnels, et ne sont rien perdre de leur valeur aux considérations précédentes.

Les nausées, les vomissements bilieux, si remarquables dans toutes les péritonites intenses, ne se font pas attendre dans celle-ci. Il n'est qu'une seule circonstance qui les fasse manquer, c'est lorsque la péritonite est causée par une large perforation ou par la rupture de l'estomac. Les essorts pour vomir, comme au reste tous les meuvements, augmentent notablement la douleur du ventre.

Du côté de l'intestin, nous trouvons encore signalée comme symptôme important la constipation, mentionnée plus haut; et il est certain que les cas dont il s'agit sont les plus favorables à la production de ce phénomène. Cependant, et c'est la

^{· (1)} Rech. sur la fièvre typhoide, t. 11, p. 327.

⁽²⁾ Arch. gén. de med., 4° série, 1848, t. H, p. 74.

encore un fait qui prouve combien la théorie peut induire en erreur, il est un certain nombre de cas où l'on observe une diarrhée assez considérable. MM. Chomei et Genest (1) ont insisté sur ce point, et ont cité plusieurs faits empruntés à MM. Louis et Stokes, ainsi qu'à leur propre observation, où il y a eu des selles liquides nombreuses après la perforation intestinale et le développement de la péritonite générale.

Du côté de l'estomac et de la bouche, les symptômes sont ceux qui ont été indiqués plus haut. Il en est de même de l'état de la circulation et de la respiration, sauf que l'accélération, la petitesse du pouls, le caractère purement sostal des inspirations, se montrent plus rapidement que dans aucun autre cas.

La suppression des urines est parsois aussi très remarquable. M. Forget (2) a signalé ce symptôme d'une manière particulière.

L'altération des traits se produit aussi avec une très grande rapidité. La fase est grippée; elle exprime une très vive anxiété, et en peu de temps les traits sont écoulés, comme s'il était survenu un amagrissement considérable.

Le décubitus est également remarquable. Les malades se ramassent, se pelotonnent sous les couvertures. Ils craignent le moindre mouvement, et manifestent une vive répugnance pour toute exploration.

Des frissons de plus ou moins longue durée, revenant à de courts intervalles; une vive sensibilité au froid; le refroidissement rapide des extrémités, la conservation de l'intelligence au milieu de ces affreuses souffrances, complètent le tableau de la maladie, en y ajoutant néanmoins quelques symptômes déjà indiqués à propos des autres péritonites, mais qu'il serait inutile de reproduire isi, car ils n'ont rien de caractéristique.

ll est toutesois une particularité que je ne dois pas oublier, c'est que la violence des principaux symptômes peut notablement diminuer, sans que pour cela l'inflammation ait perdu de son intensité. Ainsi on voit dans quelques cas, et presque exclusivement dans ceux où la maladie a une durée de plus de vingtquatre heures, la douleur diminuer notablement, et assez, suivant l'expression de M. Louis, pour que les malades soient bientôt sans crainte sur leur situation.

* Mais alors, ajoute cet anteur, d'autres symptômes doivent empêcher le médecin de partager cette sécurité: les traits restent grippés, les nausées et les vomissements continuent, ou bien la face, sans être prosondément altérée, est pâle et violacée; les malades éprouvent un frisson continuel, s'enveloppent le plus exactement possible dans leur couverture, et craignent d'en sortir; ils ont l'attitude d'un homme qui, ayant pris un bain froid, ne pourrait plus se réchausser. »

J'ai dû beaucoup insister sur ces particularités, parce que si, dans les cas dont il s'agit, on n'avait pas présentes à l'esprit toutes les nuances, on pourrait touber dans les erreurs les plus graves. La péritonite par perforation ou par rupture est un accident si terrible, que la moindre hésitation, et à plus forte raison l'emploi de moyens contraires, fernient nécessairement perdre le très petit nombre de chances qu'on peut encore avoir de sauver les malades.

On voit, d'après ce qui précède, que les choses se passent différemment suivant les espèces de péritonite, bien qu'il y ait un très grand nombre de symptômes

⁽¹⁾ Leçons clin, sur la fièvre typ., 1834, p. 421.

²⁾ Traité de l'entérite folliculeuse; Paris, 1841, p. 242.

communs; mais ce qu'il ne saut jamais oublier, c'est qu'une douleur subite, inattendue, atroce, promptement étendue à tout l'abdomen, caractérise particu-lièrement la péritonite suraiguë par persoration, qui, de toutes les péritonites générales, est, avec la péritonite puerpérale, la première, sous le rapport de la fréquence, et aussi la plus grave.

L'extrême dissérence que nous avons notée, sous le rapport de la gravité, entre ces péritonites générales et les péritonites partielles qui se produisent dans un si grand nombre de circonstances, n'est pas moins frappante. Aussi tous les auteurs l'ont-ils signalée depuis que la péritonite a pu être étudiée convenablement.

Dans des cas sort rares, la péritonite peut se terminer par l'issue du liquide purulent au dehors. C'est ce qui a été observé par M. le docteur Aldis (1) chez une petite fille de sept ans, dont la maladie durait depuis onze semaines. Il se manifesta, à côté de l'ombilic, une petite tumeur à parois minces, qui s'ouvrit spontanément, et laissa sortir environ cinq litres de pus. Le ventre s'assaissa immédiatement, et l'on put s'assurer qu'il n'y avait pas de kyste. L'écoulement du pus continua pendant deux mois, puis l'ouverture se serma et se cicatrisa, et la malade su radicalement guérie.

S IV. — Marche; durée; terminaison.

La marche de la maladie est très variable suivant les espèces, du moins quant à sa rapidité, car on peut dire qu'elle est toujours continue. Dans la péritonite partielle, on voit, il est vrai, survenir, à des intervalles variables des exacerbations marquées, lorsque l'inflammation de la séreuse est sous la dépendance d'une affection organique qui présente dans son cours des alternatives d'activité et de ralentissement; mais, en pareil cas, on doit attribuer la douleur caractéristique de l'inflammation péritonéale à la production de plusieurs péritonites circonscrites qui se sont succédé aux intervalles indiqués. On en acquiert parfois la preuve à l'ouverture des corps, car on trouve, à côté d'adhérences déjà anciennes, des fausses membranes jaunes, molles, évidemment récentes. La rapidité de la marche est remarquable dans la péritonite puerpérale, mais surtout dans la péritonite par perforation, où, dès les premiers moments, la maladie a acquis toute son intensité.

La durée de la péritonite simple spontanée ne peut être établie sur aucun fait positif; celle de la péritonite puerpérale a été fixée entre le sixième et le neuvième jour dans les cas ordinaires; mais quelquesois on voit succomber les malades en quelques heures. La durée de la péritonite par perforation ou par rupture est la plus courte dans presque tous les cas. Dans ceux qui ont été observés par M. Louis, l'espace qui s'est écoulé entre le début de la persoration et la mort a varié entre vingt et cinquante-quatre heures, saus chez un sujet qui n'a succombé que sept jours après le développement des premiers symptômes. Nous avons vu des saits semblables dans les cas de rupture de la rute. On peut dire, d'une manière générale, que la péritonite par suite de rupture est plus promptement mortelle que la péritonite par persoration, parce que, dans les cas de rupture, l'ouverture de compéritonite par persoration, parce que, dans les cas de rupture, l'ouverture de compéritonite par persoration, parce que, dans les cas de rupture, l'ouverture de compéritonite par persoration, parce que, dans les cas de rupture, l'ouverture de compéritonite par persoration parce que, dans les cas de rupture, l'ouverture de compéritonite par personation parce que, dans les cas de rupture, l'ouverture de compéritonite par personation parce que, dans les cas de rupture, l'ouverture de compéritonite par personation parce que, dans les cas de rupture, l'ouverture de compéritonite par personation parce que, dans les cas de rupture, l'ouverture de compéritonite par personation par personation par le personation par le personation par le personation par les produptes de la personation par les produptes de la personation par le personation par les produptes de la personation par le personation par le personation par le personation par les parties de la personation par le perso

⁽¹⁾ Iondon med. Gaz., novembre 1516.

munication étant plus large et le liquide étranger saisant irruption en abondance dans le péritoine, l'inslammation se produit aussitôt avec la plus violente intensité. Dans la rupture de l'estomac, l'impossibilité d'ingérer des boissons sans qu'elles tombent aussitôt dans la cavité enslammée, et le passage dans cette cavité des matières àcres contenues dans le ventricule, rendent la maladie mortelle en très peu d'heures (1).

La terminaison de la péritonite générale est presque toujours la mort. Les cas dans lesquels on pourrait espérer le plus une terminaison heureuse sont, sans contredit, les cas de péritonite simple spontanée; mais nous avons vu combien ils sont rares, et combien de doutes s'élèvent sur la réalité de la plupart d'entre eux. Quant à la péritonite par extension de l'inflammation, elle a presque toujours une terminaison suneste lorsqu'elle est générale; mais ce n'est pas, heureusement, le cas le plus fréquent. Tout le monde connaît la terminaison de la péritonite puerpérale: les cas de guérison sont rares; mais, en pareil cas, la terminaison par la mort dépend aussi bien des autres lésions dépendantes de la fièvre puerpérale que de la péritonite elle-même. J'aurai donc occasion d'y revenir.

Il est bien peu de cas où la péritonite par perforation n'ait pas occasionné la mort. Cependant MM. Graves et Stokes en ont cité des exemples que je rappellerai à l'occasion du traitement, et M. de Castelnau a publié un fait très intéressant de fièvre typhoïde grave dans lequel les signes de la perforation s'étant montrés, la guérison a cependant eu lieu; mais n'oublions pas que ce fait est exceptionnel; que les symptômes étant restés circonscrits, nous manquons d'un des principaux éléments d'un diagnostic rigoureux; et si, dans ce cas, par suite d'une heureuse disposition des parties, la péritonite est restée bornée à un point limité, on ne saurait évidemment le comparer aux précédents.

Quant aux péritonites partielles, on peut dire qu'elles ne sont pas dangereuses par elles-mêmes, et de là vient qu'on trouve, dans les cas d'affections organiques chroniques, ou un temps plus ou moins long après des inflammations aiguës des viscères, des ádhérences plus ou moins fortes qui unissent les organes abdominaux aux parois de la cavité.

Ces adhérences, qui peuvent gêner le jeu des organes, donnent parsois lieu à des accidents qu'il importe de signaler ici. Le ventre reste sensible dans le point où elles existent, et cette sensibilité se maniseste surtout dans les grands mouvements du tronc, parce qu'alors il y a un tiraillement de ces adhèrences qui se sait sentir, et à l'organe et aux parois abdominales. Les viscères, comme le soie et l'estomac, peuvent être maiotenus dans une position dissérente de l'état normal, et de là une gêne plus ou moins grande de leurs sonctions. Mais nulle part ces accidents, suite des adhérences, ne se sont sentir avec autant de sorce que dans certains cas d'adhésion anormale des intestins. Nous avons déjà vu des brides résultant de péritonites partielles étrangler complétement le canal intestinal. Quelquesois plusieurs anses adhèrent ensemble, et le mouvement péristaltique étant gêné, les matières s'accumulent; d'autres sois cet engouement intestinal est causé par l'adhérence d'une anse à un autre organe, comme à l'utérus, à l'ovaire tumésié et malade; il en résulte que le milieu de cette anse devient déclive, et que l'engouement intestinal se produit avec tous ces accidents. M. Cossy a dernièrement communiqué à la Société d'observa-

⁽¹⁾ Voy. t. 11, Perforation, Rupture de l'estomac.

tion un sait de ce genre. J'ai indiqué les principaux inconvénients qui peuvent résulter de ces adhérences, les autres seront facilement compris.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques de la péritonite en général, et de chaque espèce en particulier, ont été étudiées avec grand soin, et l'on trouve dans les auteurs de ces vingt dernières années surtout, de grands détails sur ce point. Mais, ainsi que nous l'avons fait jusqu'à présent, nous ne devons signaler que ce qu'il y a de plus important.

1º Lésions communes à toutes les péritonites. D'après les recherches et les expériences de \$1M. Scoutetten (1), Gendrin (2), Andral (3), de petites rougeurs en stries où en plaques sont les premières traces de l'inflammation du péritoine; mais quel est le siège réel de ces rougeurs? D'après les deux derniers auteurs que je viens de citer, il se trouve dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et cette manière de voir est aujourd'hui généralement admise. Bientôt après, le péritoine se couvre d'une exsudation plus ou moins épaisse, qui ne tarde pas à s'organiser en fausses membranes. Celles-ci, quand elles sont toutes récentes, sont d'un blacc jaunâtre, molles, et se détachent facilement de la séreuse sous-jacente qui a perds son poli, sa transparence, et est devenue cassante. La quantité des fausses membranes qui se forment ainsi peut être extrêmement considérable. Elles remplissest les anfractuosités, collent ensemble les intestins, forment des tractus qui se portent des viscères aux parois abdominales, et ont souvent une épaisseur considérable.

Une certaine quantité de liquide de nature variable se trouve aussi réunie dans les parties les plus déclives, mais nous ne pouvons pas ici, comme dans la pleurésie, dire d'une manière très précise quelle est la nature du liquide épanché dans les cas de péritonite simple spontanée, et cela pour les raisons exposées plus haut. S'il est vrai, en effet, que dans les cas bien étudiés et bien connus, il y a eu perforation ou rupture d'une cavité qui a versé son contenu dans le péritoine, on se peut douter que le liquide étranger n'ait notablement modifié par son content la sécrétion péritonéale, qui peut-être eût été différente s'il n'y avait en qu'une inflammation; et en outre, ce liquide, par son mélange avec le produit de cette sécrétion inflammatoire, lui donne nécessairement des qualités particulières.

Tantêt on ne trouve, dans la profondeur du petit bassin, vers les flancs, et asser rarement ailleurs, qu'une quantité médiocre de sérosité trouble, blanchêtre, contenant des flocons fibrineux; tantêt c'est une véritable collection purulente mélée ou non d'une petite quantité de matières fécales liquides, de bile, etc., suivant l'organe perforé ou rompu. Parfois le liquide purulent est assez abondant, mais ordinairement alors il y a en ouverture d'un abcès considérable dans le péritoine; c'est ce qu'on voit dans certains cas de phlegmon des fosses iliaques. Eufin le liquide est parfois sanieux et très fétide, ce que l'on observe principalement dans les cas de gangrène des organes abdominaux.

Quelquesois on trouve dans le liquide contenu dans le péritoine une certaine

⁽¹⁾ Arch. gen. de med., 1823, t. 111, t. IV et V.

⁽³⁾ Hist. anatom. des inflammations.

⁽³⁾ Clin. med., et Anat. pathol.

quantité de sang, ce qui a paru à quelques auteurs assez important pour faire une espèce particulière de péritonite, qu'ils ont désignée sons le nom de péritonite hémorrhagique. Mais j'ai déjà exposé plus haut les raisons qui portent à croire que, dans la plupart de ces cas, il y avait eu une rupture soit d'un organe gorgé de sang, soit d'un vaisseau, rupture que les fausses membranes avaient dérobée aux recherches des observateurs. Dans la cinquième observation de M. Andral (1), il est dit d'abord qu'un flot de liquide rouge, semblable au sang qu'on tire de la veine, s'écoula à l'ouverture de l'abdomen. Puis, dans ses réflexions, l'auteur se borne à dire que le liquide était formé d'une sérosité fortement colorée en rouge par du sang. Ce n'est pas la première expression qui paraît la plus juste, à moins qu'il n'y ait eu rupture ou perforation d'un vaissean. On peut admettre que, dans certains cas, une simple exhalation sanguine se mêle au produit de la sécrétion inflammatoire du péritoine, quoique l'on ne puisse pas douter que le fait ne soit très rare; mais on comprendrait difficilement que le liquide pût ressembler à celui qu'en tire de la veine, si une quantité notable de sang n'avait pas été versée dans la cavité séreuse à la suite d'une perforation ou d'une rupture ; et, relativement au cas dont il s'agit lci, il faut remarquer que, peu de temps avant la mort, il est survenu brusquement une douleur vive qui est devenue bientôt intolérable, phénomènes propres à la rupture, sur l'existence de laquelle l'attention de l'auteur n'a évidemment pas été attirée d'une manière suffisante.

Il résulte de tout cela que la péritonite hémorrhagique est beaucoup moins bien connue qu'en ne le croyait, et que, dans l'état actuel de la science, elle a beaucoup moins d'importance que ne lui en attribuait Broussais.

Nous avons noté, dans la pleurésie, des espèces d'ulcérations de la séreuse qui occasionnaient des infiltrations purulentes dans la paroi pectorale et même la perforation du poumon. Dans la péritonite, on n'a pas signalé ces perforations de de-hors en dedans, mais on a vu la destruction du péritoine pariétal suivie de l'infiltration purulente du tissu cellulaire sous-jacent, infiltration qui peut occuper une grande étendue, ou bien, en faisant des progrès, donner lieu à des collections de pus. Il est souvent difficile de dire si c'est le liquide contenu dans le péritoine qui, par son contact, a déterminé la destruction de cette membrane, ou si une ou plusieurs collections purulentes formées dans le tissu cellulaire sous-péritonéal se sont vidées dans la cavité séreuse. On a vu, en effet, des cas de ce genre, et l'on a donné alors à l'inflammation le nom de péritonite phlegmoneuse.

Je pourrais encore signaler comme lésion de la péritonite, des plaques noires prétendues gangréneuses; mais de fausses membranes colorées en noir par le contact de certains liquides ou gaz, en ont imposé sur point.

2º Lésions propres aux diverses espèces de péritonite. Dans la péritonite générale par extension de l'inflammation, nous ne trouvons d'autre particularité qu'une abondance et une fermeté plus grandes des fausses membranes au niveau de l'organe primitivement enflammé. Dans les péritonites partielles, il y a cela de remarquable que presque toujours, dès le principe, l'exsudation est très épaisse et s'organise promptement en sausses membranes. De là résultent des adhésions intimes des organes aux parois, de telle sorte que lorsque la péritonite a disparu

¹⁾ Clinique médicale, l. 11.

depuis un certain temps, les sausses membranes devenant sermes et celluleuses, la cavité du péritoine est essacée dans ce point, à moins que des tiraillements continuels n'aient donné à ces sausses membranes la sorme de ligaments allongés. Ce sent ces lésions anciennes, ces traces d'une ou de plusieurs péritonites partielles depuis longtemps dissipées, qu'on trouve principalement au niveau des organes atteints de graves lésions chroniques. On les rencontre surtout au niveau du soie, sur l'épiploon, sur les ovaires convertis en kyste.

Dans la péritonite puerpérale, on ne trouve autre chose de remarquable que l'intensité plus grande de l'inflammation dans le petit bassin (au moins chez le plus grand nombre des sujets), un aspect sanieux et une grande fétidité du liquide dans certains cas, et principalement, comme l'a constaté M. Bourdon (1), lorsqu'une perforation de l'utérus ou du vagin fait communiquer la cavité péritonéale avec l'extérieur. Parfois aussi on trouve une infiltration purulente (2) dans le tissu cel·lulaire péritonéal. Mais, comme l'ont démontré les auteurs récents, cette lésion est sous la dépendance de la même cause qui produit des collections purulente dans plusieurs autres points, c'est-à-dire de la phlébite ou de la lymphangite utérine. Je reviendrai sur ce point important lorsque je traiterai de la fièvre puerpérale.

Eufin, dans la péritonite par perforation ou par rupture, on trouve les épanchements des divers liquides versés dans l'intestin (matières alimentaires, matières sécules, bile, sang, pus, etc.), et, de plus, les produits de l'inflammation sont surtout abondants aux environs des points perforés. Ils le sont souvent à tel point qu'il est extrêmement difficile de distinguer les diverses parties qu'ils enveloppent, et qu'on a la plus grande peine à découvrir l'ouverture qui a donné passage au liquide irritant. On doit alors procéder avec beaucoup d'attention à la dissection des parties, remplir l'abdomen d'eau, pratiquer l'insufflation de l'estomac et de l'intestin, et ne renoncer à ces recherches que lorsqu'on s'est bien convaincu de l'intégrité de tous les organes. C'est en agissant de cette manière que, dans les cas rapportés par M. Logerais, ou est parvenu à découvrir des lésions qui auraient nécessairement échappé à un examen superficiel. Une plus ou moins grande quantité de gaz a. dans plusieurs de ces cas, passé dans le péritoine, et s'échappe en sifflant lorsqu'on salt une ponction à l'abdomen. Les choses ne dissèrent pas sensiblement, en pareil cas, de ce que nous avons constaté dans l'hydro-pneumothorax causé par la perforation du poumon.

Tantôt la perforation qui a donné lieu à la péritonite est unique, tantôt elle est multiple. M. Louis, dans des cas de sièvre typhoïde, a trouvé jusqu'à trois ou quatre personations dans la partie insérieure de l'iléon; on en a vu également plusieurs exister dans l'estomac. Les perforations qui sont un résultat de l'ulcération sont arrondies, et la déperdition de substance est plus considérable à l'intérieur de l'organe creux qu'à la surface péritonéale. La sorme de la rupture est très variable: elle dissère, en esset, nécessairement suivant l'organe et suivant la lésion. Nous avois dépà sait connaître les ruptures de l'estomac, des voies biliaires, de la rate, nous décrirons plus tard celles des autres organes, et en particulier celles de l'utérus.

^{(1.} Not. sur la fice. puerp., etc. (Rerue méd., 1841).

⁽¹⁾ Voy. Tonnellé, loc. cil.; Voillemen, Journ. des conn. méd.-chir., déc. 1839, et janv.

§ VI. - Diagnostic; prenostic.

Si des idées erronées n'avaient pas cours dans la science relativement à la péritonite, et si l'on était mieux convaincu de l'excessive rareté de la péritonite spontanée, on pourrait dire que le diagnostic de cette affection ne présente pas de difficulté réelle. Mais on a vu, par la discussion dans laquelle j'ai été forcé d'entrer, qu'il n'en est point ainsi. Il est, par conséquent, nécessaire de présenter quelques détails sur œ diagnostic, asin qu'on cesse de consondre sous un même nom des maladies tout à sait dissemblables.

Mettons d'abord de côté ces péritonites partielles, qui sont sous la dépendance d'affections viscérales aiguës ou chroniques, et n'ont d'autre effet que de rendre l'affection momentanément fort douloureuse. Il suffit, en effet, de dire à ce sujet que, dans les cas de maladies abdominales, si l'on voit la partie des parois correspondante à l'organe affecté devenir extrêmement sensible à une légère pression, si le malade éprouve dans cette partie une douleur vive augmentant beaucoup par le moindre mouvement, et si le siége de ce symptôme reste pendant plus de vingt-quatre heures circonscrit dans le point qu'il a d'abord occupé, on doit admettre l'existence d'une péritonite partielle. Les douleurs locales, et principalement celles des parois de l'abdomen, ont déjà été distinguées de cette douleur inflammatoire dans tonte la région épigastrique. Je ferai connaître plus tard les divers diagnostics auxquels ces douleurs peuvent donner lieu dans les autres régions de l'abdomen. Ce sont là des particularités qui ne doivent pas trouver place ici.

Quant aux péritonites générales, voyons s'il est des maladies qui puissent être consondues avec elles. Je commencerai par la péritonite puerpérale et la péritonite par perforation, parce que ces deux espèces ont des caractères si tranchés, qu'il est facile de les distinguer de toute autre affection.

Si l'on se rappelle ce qui a été dit plus haut de la marche de la péritonite puerpérale, on verra qu'on ne peut, à la rigueur, confondre cette affection avec aucune
autre, après les premières heures. J'ai dit, en effet, qu'elle a, au bout de très peu de
temps, pour caractères: une douleur générale du ventre très vive à la pression et un
gonflement marqué de cette cavité avec sonorité dans la plupart des points. Or une
métrite, une ovarite, une néphrite, une hépatite, ont des douleurs bornées au niveau
de l'organe enflammé, et, quelle que puisse être d'ailleurs la ressemblance des
autres symptômes, ce fait seul suffit pour faire éviter l'erreur. Remarquons d'ailleurs que la métrite seule se produit dans les mêmes circonstances, et qu'il faudrait
une coîncidence bien extraordinaire pour que les autres affections abdominales
viassent se montrer au moment même où peut survenir la péritonite puerpérale.
Cela n'a lieu que dans les cas d'infection purulente; mais alors la péritonite, les
abcès du foie, etc., ne sont plus que des parties constituantes de l'affection générale.

Mais au début de cette affection, le diagnostic a une importance réelle. C'est ainsi qu'on voit parsois, peu de temps après l'accouchement, la semme éprouver des srissons, puis des douleurs hypogastriques désignées sous le nom de coliques, et l'on peut craindre alors l'apparition d'une péritonite. Pour éviter l'erreur, il saut se rappeler que le srisson de cette dernière assection est, en général, violent ou remarquable par sa durée, qu'il s'accompagne d'une prostration souvent marquée, et que

la douleur vive, plus persistante que les coliques, beaucoup exaspérée par la pression, s'étend rapidement, de telle sorte que, peu après son apparition, elle a déja franchi les limites de son siége primitif, et commence à s'irradier dans l'abdomen.

Le diagnostic est plus difficile encore quand il s'agit de distinguer une métrite intense du début de la péritonite puerpérale; mais c'est un point que je crois devoir renvoyer à la description de la métrite.

La péritonite par perforation ou par rupture a, il faut le répéter ici, pour principaux caractères, de débuter tout à coup par une douleur excessive, que s'étend rapidement et est exaspérée notablement par la pression. On ne voit par d'affection qui puisse être réellement confondue avec elle, quand on a ces signe bien présents à l'esprit. La colique hépatique, la colique néphrétique, et peut être aussi certaines douleurs nerveuses, ont aussi pour principal symptôme une douleur très vive survenue très promptement; mais cette douleur reste circonscrite ou n'a que des irradiations variables, et, de plus, elle n'est pas exaspérée par la pression, ou si elle l'est, l'intensité de l'exaspération n'est nullement comparable à celle qu'on produit dans la péritonite. J'ajoute que, dans les divent accidents que je viens d'indiquer, on n'observe pas, du moins ordinairement l'état du pouls signalé plus haut.

Il n'y a donc, comme on le voit, que la péritonite simple, spontanée, don le diagnostic ne soit pas établi complétement. Mais déjà, je le répète, la grande rareté de cette affection est un motif pour n'en pas admettre légèrement l'existence. Quant aux affections avec lesquelles on pourrait la confondre lorsqu'elle es générale, je ne vois guère que le rhumatisme et la névralgie des parois de l'abdomen qui puissent être dans ce cas.

Le rhumatisme est plus remarquable par la douleur que déterminent les mouvements du tronc que par la douleur spontanée et la douleur à la pression, et ci caractère est déjà suffisant. En outre, dans le rhumatisme, la fièvre ne s'allume pas ordinairement. Cependant ce signe diagnostique n'a qu'une valeur limitée car j'ai vu des cas, et il n'est pas de médecin qui n'en ait observé de semblables. où des douleurs vives des muscles du ventre ont coîncidé avec la fièvre et même avec des troubles gastriques, et qui, si l'on n'avait apporté un très grand soin dam l'exploration, auraient pu être pris pour des péritonites. M. Genest (1) a appelé particulièrement l'attention des médecins sur les cas de ce genre. Un excellent moyen pour reconnaître à quelle maladie on a réellement assaire, est : 1° de saire asseoir et recoucher ensuite le malade avec toutes les précautions nécessaires. Dans la péritonite, ces mouvements occasionnent des douieurs dans tout le ventre; dans le rhumatisme, la douleur est bornée aux muscles affectés et parfois à un seul côté, ce qui est très important à constater; 2° et c'est là le signe par excellence. la pression dans le rhumatisme intense (le seul qui puisse être pris pour une péritonite) détermine d'abord une douleur assez vive, mais si l'on continue de presser, cette douleur n'augmente pas ; il n'en est pas de même dans la péritonite. où les douleurs deviennent de plus en plus violentes à mesure qu'on augmente la pression. Je n'ai pas besoin de dire que cette exploration doit être faite avec le plus grands ménagements ; il ne faut qu'une pression légère faite méthodiquement, pour reconnaître les nuances que je viens d'indiquer.

⁽¹⁾ Gas. méd., 1832.

La même remarque s'applique au diagnostic de la névralgie lombo-abdominale, qui est encore plus sacile à distinguer de la péritonite, quoiqu'il ne soit pas douteux que, saute de bien connaître la première de ces deux maladies, on les ait assez souvent confondues. La névralgie lombo-abdominale peut, comme nous le verrons plus tard, occasionner des douleurs de ventre très vives, occuper une grande étendue et s'accompagner parsois d'un peu de météorisme, car on sait qu'un certain degré de tympanite n'est pas rare chez les personnes nerveuses. J'ai vu plusieurs ces de ce genre. Voici comment on établit le diagnostic. Dans la névralgie, à la douleur abdominale correspond une douleur plus ou moins vive aux côtés de la cobone vertébrale et dans le point d'où partent les nerss dont on trouve les extrémités douloureuses sur la paroi antérieure du ventre. Il y a, en outre, un point douloureux d'une étendue variable vers la partie moyenne de la crête iliaque et m-dessus; et, quoique les intervalles qui séparent ces dissérents points puissent, surtout dans certains moments, participer à la douleur, il est toujours facile de distinguer ces soyers où les élancements viennent retentir, et qui sont beaucoup plus sensibles à la pression que les autres parties du trajet des nerss. De plus, une pression prolongée, loin d'augmenter la douleur, soulage quelquesois, lorsqu'elle est aite largement avec la paume de la main. Nous avons vu que, dans la péritonite. on peut à peine insister sur la pression, qui, même lorsqu'elle est exercée légèrement et largement, est intolérable.

Je me suis étendu sur ce diagnostic, parce que les signes de la péritonite me m'ont généralement pas paru convenablement appréciés. Si l'on a égard aux signes distinctifs que je viens d'indiquer, et si l'on tient compte des considérations dans lesquelles je suis entré dans le cours de cet article, on citera, sans aucun doute, beaucoup moins souvent des cas de guérison de péritonite, et l'on mettra une plus grande réserve à admettre l'existence de la péritonite simple spontanée.

Restent maintenant les cas de péritonite partielle développée spontanément et sans lésion d'aucun organe correspondant. Les doutes que j'ai émis sur la péritonite simple générale se représentent ici dans toute leur force. Cependant on trouve quelques cas où une douleur vive, exaspérée par la pression; occupant un point fixe du ventre, s'accompagne d'un certain degré de météorisme, de selles liquides, et d'un mouvement fébrile en rapport avec ces symptômes. Il est difficile de rapporter cet ensemble de phénomènes à autre chose qu'à une péritonite circonscrite; et pourtant l'examen le plus attentif ne fait reconnaître aucune lésion organique qui explique le développement de l'inflammation de la membrane séreuse. Ces faits ont besoin d'être soumis à un examen plus attentif qu'on ne l'a fait jusqu'à présent. Tout ce qu'il est permis de dire, dans l'état actuel de la science, c'est que si, avec les symptômes qui viennent d'être indiqués, on ne trouve, du côté des organes, ni gonsiement, ni désormation, ni trouble des sonctions, on peut regarder la maladie comme une péritonite.

Ainsi, dans la métrite, la palpation et la percussion font reconnaître, au milieu de l'hypogastre, une tumeur arrondie qui ne s'étend pas jusqu'aux flancs, et qu'on limite par la palpation et la percussion; en outre, le toucher fait distinguer le gonsement du col, la pesanteur de l'organe, sa sensibilité; et ensin on note des troubles sonctionnels, tels qu'un écoulement blanc, des pertes; le dérangement de

la menstruation ou la suppression des règles viennent compléter les signes diagnostiques qui séparent cette maladie d'une péritonite.

Dans la splénite, on a pour se guider la tuméfaction de l'organe; dans l'hépatite, le même signe, et, de plus, le peu d'intensité de la douleur et l'apparition de l'ictère.

Une affection qui, dans quelques cas, peut donner lieu à l'erreur, mais qui est fort rare, est la formation d'un abcès considérable entre le péritoine et les muscles de l'abdomen. M. Bricheteau (1) a cité un cas de ce genre. Outre la douleur et les phénomènes généraux de la péritonite, on sentait une fluctuation manifeste dans le point occupé par l'abcès. Cette circonstance, néanmoins, peut servir à saire reconnaître l'existence d'une collection de liquide qui n'est pas due à l'inflammation du péritoine. Nous avons vu, en effet, plus haut que dans la péritonite le ventre était plutôt distendu par des gaz, et le liquide peu abondant occupait les parties déclives. Une matité circonscrite dans un seul point du ventre, et la fluctuation à son niveau, sont donc des signes qui doivent plutôt écarter l'idée d'une inflammation que faire tomber dans l'erreur. Il faut reconnaître toutefois que les cas de ce genre ne laissent pas d'offrir d'assez grandes difficultés. Les mêmes signes serviront à faire distinguer la péritonite de l'hydropisie enkystée du péritoine, c'est-à-dire de ces amas de liquide séreux qui se trouvent environnés, dans l'intérieur de l'abdomen, d'un sac plus ou moins épais qui les sépare complétement de la cavité péritonéale.

Quant aux diverses autres affections de l'abdomen, elles diffèrent trop de la péritonite pour que, à l'exemple de quelques auteurs, j'en présente le diagnostic diffèrentiel.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1º Signes positifs des péritonites partielles par extension de l'inflammation.

Dans le cours d'une affection médiocrement douloureuse, et dont la douleur se fait sentir profondément, celle-ci devient superficielle et très aiguë.

La pression exaspère cette douleur à un degré qui n'avait pas été atteint jusqu'alors.

Les mouvements deviennent beaucoup plus pénibles, ils occasionnent des tiraillements très douloureux. On constate, au niveau du point douloureux, un météorisme local assermanqué.

Les symptômes généraux, et en particulier le mouvement fébrile, acquièrent moments nément un plus haut degré de violence.

2. Signes distinctifs de la péritonite et de la métrite puerpérales.

PÉRITONITE.

Précédée d'un frisson violent, prolongé, souvent durant plusieurs heures.

La douleur, qui a son point de départ dans le bassin, s'étend rapidement vers le reste du ventre.

L'abdomen devient partout très sensible à la pression.

Le météorisme se maniseste promptement.

MİTRITE.

Frisson beaucoup moins riolent et de beaucoup moins longue durée; non continu.

La douleur reste fice dans l'hypogastre. ou si elle s'irradie, ce n'est que par moments.

L'abdomen n'est point douloureux à la pression ailleurs qu'au niveau de l'utérus, ou pe l'est que dans une faible étendue au dela

Météurisme moins prompt et moins marque.

(1) Arch. gen. de med., 1839.

3. Signes distinctifs de la péritonite puerpérale et des coliques dues aux contractions utérines après l'accouchement.

PÉRITONITE.

Frisson violent, prolongé, continu.

Douleurs s'étendant promptement dans tout le ventre.

La pression produit des souffrances intolérables.

Mouvement sébrile toujours très prononcé.

COLIQUES UTÉRINES.

Point de frissons, ou seulement frissons vagues et légers.

Douleurs revenant par intervalles, et correspondant aux contractions utérines; appréciables par la palpation.

Pression à peine douloureuse à l'hypogastre, non douloureuse ailleurs.

Mouvement fébrile nul.

4° Signes distinctifs de la péritonite par rupture ou par perforation, et des coliques hépatique et néphrétique.

PÉRITORITE PAR PERFORATION.

La douleur violente, survenue tout à coup, s'étend avec la plus grande rapidité à tout l'abdomen.

Elle est exaspérée par la pression, au point de devenir intolérable.

Pouls petit, misérable; refroidissement des extrémités, altération de la face, etc.

COLIQUES HÉPATIQUE ET NÉPHRÉTIQUE.

La douleur violente, survenue brusquement, reste fixée dans les canaux biliaires ou dans les uretères, ou bien on note seulement des irradiations en divers sens.

La pression est peu douloureuse au niveau de l'assection; elle ne l'est point à une certaine distance.

Le pouls reste souvent normal ou se ralentit. Il y a ictère, vomissements bilieux dans la colique hépatique; rétraction des testicules, etc., dans la colique néphrétique.

Je ne crois pas devoir m'étendre davantage sur le diagnostic dissérentiel de la péritonite par perforation; car, ainsi que nous l'avons dit plus haut, dans la plus grande partie des cas, rien n'est plus tranché que sa symptomatologie.

5º Signes distinctifs de la péritonite simple et du rhumatisme des parois abdominales.

PÉRITONITE SIMPLE SPONTANÉE.

Douleur du ventre exaspérée par la pression à un très haut degré, et augmentant à mesure que la pression devient plus profonde.

Douleur générale de l'abdomen dans les mouvements du tronc.

Mouvement fébrile intense; vomissements bilieux, météorisme, etc.

RHUMATISME DES PAROIS DE L'ABDOMEN.

Douleurs moins exaspérées par la pression, n'augmentant pas très sensiblement lorsque celle-ci devient plus profonde.

Dans les mouvements du tronc, douleur vive, bornée aux muscles affectés, et parfois à un seul côté.

Mouvement fébrile nul ou léger; troubles digestifs peu notables. Peu ou point de météorisme.

6 Signes distinctifs de la péritonite simple spontanée et de la névralgie lomboabdominale.

PÉRITONITE.

Douleur uniformément répandue dans tout l'abdomen.

Élancements nuls ou suivant des directions

névralgie lombo-abdominale.

Points douloureux vers la colonne vertébrale et le milieu des os des iles.

Élancements suivant le trajet des ners lombaires.

La pression large exaspère toujours la douleur, et d'autant plus qu'on l'exerce profondément.

Mouvement sébrile plus ou moins violent.

La pression, lorsqu'elle est exercée largement, peut soulager; du moins elle n'exapère pas notablement la douleur à mesure qu'elle devient plus prosonde.

Mouvement sébrile nul, à moins de com-

plication.

Les points douloureux vertébraux avaient été signalés par M. Genest dans des cas semblables à ceux que j'indique ici; ils ne doivent jamais être négligés dans l'exploration.

Je ne crois pas devoir ajouter à ce tableau diagnostique le résumé de ce que j'ai dit plus haut à propos de la péritonite partielle spontanée. Ce que nous savons à ce sujet n'est pas assez précis pour que les indications que j'ai données ne soient pas suffisantes.

Péritonite latente. Jusqu'à présent je n'ai pas signalé ces cas de péritonite dans lesquels les principaux symptômes sont si peu apparents, qu'on peut très bien en méconnaître l'existence, et cependant c'est ce qu'on voit arriver quelquesois, même dans les cas de péritonite par perforation. Alors le malade ne se plaint point de la douleur violente, subite, qui caractérise le début de l'affection; on en trouve la raison évidente dans son état général, qui l'empêche d'éprouver, ou du moins de manisester, ces violentes soussrances. La péritonite latente, en esset, a été notée dans des cas où un délire souvent très intense existait depuis un temps assez long, et c'est ce qu'on observe particulièrement dans la sièvre typhoïde, dont le délire est un symptôme. M. Louis a rapporté trois cas où les choses se sont passées de cette manière. Si cependant on suit attentivement la maladie, si l'on examine k sujet avec un grand soin, on peut arriver à reconnaître l'accident dont il s'agit; car, bien que le malade ne maniseste pas les soussrauces extrêmes mentionnées blus haut, on voit que sa face s'est promptement altérée, que le ventre s'est tuméfié, que, lorsqu'on y exerce la pression, le malade cherche à repousser la main de l'explorateur; que le pouls est devenu promptement petit, misérable, silisorme; que les extrémités se sont refroidies, que l'état général présente, en un mot, cet aspect propre à la péritonite suraigue, et que j'ai précédemment décrit.

Si la péritonite se développait spontanément sans perforation, sans rupture, sans lésion organique, dans les circonstances que je viens de signaler, il serait très difficile d'éviter l'erreur. On a vu, par exemple, dans certains cas, une inflammation de l'arachnoïde, de la plèvre et du péritoine, apparaître en même temps ou à de courts intervalles. Or le délire qui résulte de l'inflammation de l'arachnoïde masque alors à un tel point les symptômes des autres affections, que l'attention du médecin n'est pas attirée sur elles, et qu'elles peuvent passer complétement inaperçues; une exploration minutieuse de tous les organes peut seule faire reconnaître ces inflammations multiples.

Pronostic. Le pronostic est très dissérent suivant l'espèce de péritonite. C'est ainsi que la péritonite partielle, qu'elle se soit produite au niveau d'unc lésion organique, ou qu'elle soit spontanée, ce qui est insiniment plus rare, n'a pas de dangers réels. Après elle, celle qui ossre nécessairement le plus de chances de guérison, est la péritonite générale simple spontanée; mais nous avons vu avec quelle réserve on doit admetttre son existence. On sait combien est grave la péritonite puerpérale. Il est bien rare qu'elle se termine autrement que par la mort, surtout

dans les temps d'épidémie. La péritonite par perforation ou par rupture offre également une gravité extrême; cependant MM. Graves et Stokes ont cité des cas de guérison sur lesquels je vais revenir à propos du traitement, et j'ai indiqué plus haut celui qui a été observé par M. le docteur de Castelnau. Les circonstances les plus favorables pour cette terminaison heureuse sont la très grande étroitesse de la perforation, de telle sorte qu'il n'y ait eu d'abord qu'une très petite quantité de liquide épanché, et la formation rapide d'adhérences qui empêchent les matières contenues dans la cavité perforée de porter l'inflammation dans une grande étendue.

§ VII. - Traitement.

Si l'on se rappelle ce que nous avons dit des doutes qui s'élèvent sur l'existence même de la péritonite simple, on sera fort étouné d'apprendre que le traitement de l'inflammation du péritoine a été établi par les auteurs précisément sur les cas de ce genre. « Broussais, disent les auteurs du Compendium, a bien exposé les principales indications curatives qui se réduisent : 1° à empêcher toute irritation immédiate; 2° à diminuer l'irritation dans le lieu soulfrant; 3° à établir dans l'appareil circulatoire et répartiteur des sluides, une juste mesure d'action, et à la maintenir un temps suffisant pour permettre la guérison. » Et ils ajoutent : « Depuis Broussais, on n'a rien écrit qui ait fait oublier la judicieuse thérapeutique dont il a si nettement tracé les règles. » Je ne veux pas prétendre que la thérapeutique de Broussais n'est pas judicieuse; mais je sais remarquer qu'il est impossible que cet auteur, pas plus que ceux qui sont venus après lui, ait pu constater par expérience l'essicacité de ce traitement, et que, quelque raison théorique qu'il ait pu avoir de le regarder comme le meilleur, ce n'est pas un motif pour l'accepter comme le plus utile. Mais si l'expérience ne nous apprend que peu de choses sur le traitement de cette péritonite, ce n'est pas une raison pour nous dispenser de le présenter, et, en cet état de choses, je crois devoir exposer celui qui est généralement suivi.

Émissions sunguines. Il n'est peut-être pas de maladie dans laquelle on ait fait m plus grand usage des émissions sanguines que la péritonite. La saignée générale répétée plusieurs fois, à moins que le pouls ne soit tout à fait déprimé, des sangsues en très grand nombre (jusqu'à soixante, quatre-vingts, et cent, à plusieurs reprises) sur toute l'étendue de l'abdomen, tels sont les moyens que l'on emploie lorsqu'on s'est assuré qu'il existe une péritonite. Le docteur Armstrong (1) veut que l'on pratique la saignée jusqu'à la syncope. Rien dans les faits ne nous prouve qu'on réussisse mieux de cette manière que par la saignée ordinaire. L'application des ventouses scarifiées est ordinairement trop douloureuse pour qu'on puisse y

avoir recours.

La plupart des auteurs présèrent les émissions sanguines locales à la saignée générale; mais on ne s'est appuyé sur aucun fait concluant pour établir ce point de thérapeutique.

On a en même temps recours aux applications émollientes, telles que les larges cataplasmes, s'ils peuvent être supportés, ou bien des fomentations avec des décoctions émollientes rendues ordinairement narcotiques à l'aide du laudanum. On prescrit en même temps de grands bains, dans lesquels on laisse les malades

⁽¹⁾ Transact. of the Assoc., etc., of Engl. and Wales, 1823.

pendant longtemps (deux heures et plus) ; mais un des inconvénients de ce moyen est d'occasionner des mouvements très douloureux pour placer le malade dans la baignoire.

Narcotiques; antivomitifs. Nous avons vu qu'un des principaux symptômes de la péritonite consiste dans des vomissements douloureux et parfois incessants.

Il est important de calmer ce symptôme qui, en provoquant des mouvements convulsifs de l'abdomen, tend à rendre la maladie plus grave encore. Les moyens qu'on emploie pour y parvenir sont de deux sortes. Les uns administrent l'opium, soit en l'ingérant dans l'estomac, soit à l'aide de lavements; et d'autres veulent que l'on n'emploie que les boissons gazeuses, comme l'eau de Seltz et la potion de Rivière. Mais je ne crois pas qu'on ait élevé aucune objectiou solide contre l'usage de l'opium, et si l'on considère la violence extrême des douleurs, alnsi que l'importance qu'il y a à maintenir les organes dans un état d'engourdissement considérable, on n'hésitera pas, non seulement à prescrire l'opium, mais encore à le prescrire à des doses élevées, comme nous verrons plus loin qu'on l'a fait avec succès dans les cas de péritonite par perforation. Ainsi, on administrera graduellement et avec précaution de 5 à 20 et à 25 centigrammes d'extrait d'opium dans les vingt-quatre heures, et l'on donnera en même temps un ou deux quarts de lavements par jour avec addition de douze à quinze gouttes de laudanum, ce qui n'empêchera pas de prescrire les boissons gazeuses. Quelques médecins ont prétendu que l'opium est contre-indiqué au début de la maladie, mais on ne trouve dans les faits rien qui puisse motiver une semblable opinion.

M. le docteur Riche, d'Obernay (1), a cité un cas dans lequel il s'est manifesté des symptômes qui paraissaient indiquer une péritonite par perforation, et où l'opium et la jusquiame furent donnés à la dose de 25 centigrammes chaque, quoiqu'il s'agît d'un enfant de quatorze ans. La guérison fut obtenu en une dizaine de jours. Dans ce cas, la tolérance pour une aussi haute dose de narcotique est remarquable; mais le diagnostic est resté incertain.

Révulsifs. Après les moyens précédents, il faut mentionner les révulsifs. La plupart des auteurs les recommandent, et, suivant Broussais, on doit les manier avec énergie. En première ligne se placent les vésicatoires, appliqués sur une plus ou moins grande étendue de l'abdomen. Nous avons à présenter ici, et avec plus de force encore, les réflexions faites à l'occasion du traitement de la pleurésie et de la pneumonie (2) par les vésicatoires. Aucun auteur n'a pensé à étudier les effets de ces agents thérapeutiques dans des cas bien déterminés; à tenir compte de la cause de la maladie, de l'intensité du mouvement fébrile; en un mot, on a négligé les principaux éléments d'une bonne thérapeutique, ce qui n'a pas empêché quelques médecins de prodiguer les vésicatoires, et beaucoup d'autres d'y avoir recours, par cela seul qu'ils ont été vantés.

Il saut renoncer à traiter cette question importante par l'analyse des saits, parce que ce n'est pas sur des observations, mais bien sur des idées théoriques qu'on s'est sondé pour préconiser l'emploi des vésicatoires. Je ne peux, après avoir sait un appel à l'observation rigoureuse, qu'entrer dans une discussion dont la base est

(2) Foy. la description de ces maladies, t. 1et,

⁽¹⁾ Revue médicale, extrait dans le Journ. des conn. méd.-chir., juin 1844.

la connaissance que nous avons acquise des divers états morbides sous la dépendance desquels se produit la péritonite.

Dans les faits probables de péritonite simple spontanée générale qui ont été publiés, je ne vois pas qu'on ait mis en usage le vésicatoire. Cependant c'est dans les cas de ce genre que ce moyen aurait le plus de chances de succès, s'il est réellement utile. Mais nous avons vu que, dans les cas que nous connaissons, le mouvement fébrile était violent, et c'est là un motif puissant de douter que le vésicatoire non seulement soit utile, mais encore ne soit pas nuisible. Ou bien, en effet, on n'applique qu'un vésicatoire de petite étendue, ou bien on couvre une grande partie de l'abdomen d'un emplâtre épispastique. Dans le premier cas, on ne peut espérer un grand effet d'un moyen si faible, et dans le second on ajoute de nouvelles donleurs aux douleurs si vives de la péritonite, et, ce qui est encore plus grave, on augmente momentanément le mouvement fébrile, d'où peuvent résulter des lésions secondaires qui accélèrent la mort.

Quelques médecins veulent qu'on emploie les grands vésicatoires, seulement lorsque la fièvre est tombée et lorsque l'intensité des douleurs a notablement diminué; mais cette application, qui, dans tous les cas, ne pourrait avoir d'autre avantage que d'accélérer la résorption du liquide et de hâter la guérison, est-elle bien nécessaire? Dans les cas de péritonite bien caractérisée, le liquide est peu abondant; dès que les symptômes fébriles et la douleur sont tombés, il y a un travail d'adhésion qui commence et qui seul suffit pour débarrasser la cavité péritonéale: pourquoi employer un moyen aussi violent lorsque cette tendance est manifeste et qu'on n'est pas sûr de la favoriser? Tout porte à croire que dans les cas où, ayant employé le vésicatoire étendu, on a vu disparaître assez promptement une collection de liquide un peu considérable, on avait affaire à une hydropésie accite, qui s'était produite avec quelques symptômes d'acuité, à une de ces hydropisies qu'on a appelées actives, comme j'aurai à en citer des exemples dans un des articles suivants.

Il ne nous resterait donc que les péritonites partielles auxquelles cette médication serait applicable; mais nous avons vu que cette espèce de péritonite a une lendance naturelle à la guérison, et par conséquent il faudrait, pour affirmer l'efficacité du moyen en pareil cas, pouvoir s'assurer qu'il hâte cette guérison naturelle. Or c'est ce que nous ne pouvons pas avec les observations que nous possédons. Cependant on trouve un assez grand nombre de cas dans lesquels le vésicatoire enlève la douleur, même inflammatoire, lorsqu'elle est limitée et ne détermine pas de symptômes généraux graves; sous ce rapport, on peut accorder quelque confiance à l'emploi de ce moyen.

En résumé, on voit que, jusqu'à ce que de nouvelles observations soient venues nous éclairer, on ne saurait admettre comme démontrée l'utilité des vésicatoires dans la péritonite aiguë générale, et que même on doit en redouter les effets. Les cas dans lesquels on prétend avoir obtenu une guérison rapide par ce moyen paraîtront plus que suspects à ceux qui connaissent l'extrême gravité de la péritonite et les erreurs nombreuses de diagnostic dans lesquelles tombent les médecins qui n'ont pas suffisamment présents à l'esprit les caractères du rhumatisme abdominal fébrile et de la névralgie lombo-abdominale. Les cas ne sont pas rares, au contraire, où, chez des sujets affectés d'une véritable péritonite, un large vésicatoire

appliqué sur le ventre a ajouté une intensité considérable aux symptômes généraux, et par suite donné une très grande gravité à l'affection. Nous ne saurions donc, en aucune manière, conseiller les vésicatoires : dans la péritonite générale ils sont dangereux ; dans la péritonite partielle ils sont le plus souvent inutiles.

Le moza, conseilé par quelques auteurs, et entre autres par Broussais, qui cependant l'appliquait plus particulièrement dans les cas de péritonite chronique, doit encore bien moins être appliqué dans la péritonite aigué générale; car son action est nécessairement lente et ses effets ne sont pas en rapport avec la violence et la gravité de la maladie. Dans le traitement des péritonites aigués partielles, il n'est nullement prouvé qu'il ait plus d'avantages que le vésicatoire.

Les frictions irritantes avec la teinture de cantharides, avec des préparations contenant une petite quantité d'ammoniaque, ou bien une dose considérable d'émétique, comme la pommade d'Autenrieth, ont l'inconvénient d'être d'une application douloureuse, qu'elles ne rachètent pas par une efficacité démontrée.

Onctions mercurielles. On a, dans ces dernières années surtout, fortement insisté sur l'utilité des onctions mercurielles à haute dose; mais je parlerai de cette médication en détail à propos du traitement de la péritonite puerpérale, auquel elle a été plus particulièrement appliquée.

Tels sont les moyens de quelque importance que l'on a dirigés contre la péritonite à laquelle on a cru reconnaître un caractère de simplicité. Nous verrons, quand il s'agira de la péritonite tuberculeuse, qui suit ordinairement une marche chronique, que parsois néanmoins elle se présente à certaines de ses périodes avec un caractère marqué d'acuité. Or il n'est pas rare alors de voir, au bout d'un certain temps, les symptômes aigus s'amender, les sausses membranes s'organiser, et cette espèce de péritonite aiguë se terminer par une sorte de guérison, ce que l'inspection anatomique permet de constater au bout d'un temps plus ou moins long. D'un autre côté, nous savons qu'il n'est pas nécessaire que les poumens contiennent un grand nombre de tubercules pour que la péritonite se présente avec tous ces caractères. N'est-il pas permis de croire que, dans des cas semblables, on a cru avoir obtenn, par les moyens indiqués plus haut, la guérison de péritonites aigués simples spontanées, tandis qu'il ne s'agissait que de la terminaison par formation de sausses membranes, d'une lésion secondaire de la phthisie pulmonaire?

Quoi qu'il en soit, il résulte des considérations précédentes que les moyens thérapeutiques dans lesquels on doit avoir particulièrement, sinon exclusivement, confiance, sont les émissions sanguines et surtout les émissions sanguines locales, les adopcissants, les émollients, les délayants, en un mot le traitement particulièrement désigné sous le nom d'antiphlogistique.

Il est évident que, dans toutes les péritonites générales, la diète doit être absolue tout le temps que l'affection présente une acuité marquée. Pendant la convalescence, on recommande surtout la diète lactée, et l'on doit agir avec une grande prudence quand il s'agit d'augmenter graduellement l'alimentation.

2º Traitement de la péritonite par extension de l'inflammation. Nous avons vu plus haut que les péritonites de ce genre restaient ordinairement partielles. Lorsqu'il en est ainsi, on obtient facilement la guérison de l'inflammation de la membrane aéreuse si l'on peut triompher de l'inflammation organique; mais dans les cas où la péritonite devient générale, le danger est extrême, et l'on doit alors em-

ployer le traitement qui va être décrît à propos de la péritonite puerpérale, ce qui nous dispense d'entrer dans de plus grands détails à cet égard. J'ajoute seulement qu'aux moyens dirigés contre la péritonite elle-même on doit joindre ceux qui peuvent avoir quelque efficacité contre l'affection organique qui lui a donné naissance.

3° Traitement de la péritonite puerpérale. Cette maladie est si grave, les épidémies de fièvre puerpérale qui ont pour symptômes principaux ceux de la péritonite sont si fréquentes, qu'on a dirigé contre cette affection une multitude de médicaments tous plus ou moins énergiques.

Émissions sanguines. Les émissions sanguines ont eu de tout temps un très grand nombre de partisans; mais aussi un certain nombre d'auteurs se sont toujours élevés contre leur usage ou au moins contre l'abus qu'on en a fait. Il est certain que les observations que nous possédons ne parlent guère en faveur de cette
médication, du moins employée seule, et pour ne citer que celles qui ont été recueillies par M. Velpeau (1), nous voyons dans tous les faits rapportés par cet auteur
que jamais les émissions sanguines les plus abondantes n'ont réussi toutes seules à
enrayer la maladie. Cependant, vu la violence de l'inflammation et l'activité considérable de la circulation, il est bien peu de médecins qui osent se dispenser de
lirer une certaine quantité de sang à leurs malades.

La saignée générale plus ou moins répétée est mise en usage au début de la maladie. M. Baudelocque (2) penche pour son emploi presque exclusif, parce que l'application des sangsues, forçant à découvrir les malades, les expose trop vivement à l'action de la température extérieure. Cette crainte, sondée simplement sur des idées théoriques, doit être regardée comme exagérée; nous verrons plus loin que les diverses frictions et onctions qui forcent également à découvrir les malades n'ont point de semblables inconvénients. La plupart des auteurs, au contraire, présèrent de beaucoup l'emploi des sangsues et recommandent qu'on les applique en grand nombre. C'est ainsi qu'on a été jusqu'à en appliquer quatre-vingts et cent à la fois, de manière à en couvrir le ventre. On se borne ordinairement à les prescrire au nombre de vingt, trente et quarante, et à en répéter l'application suivant la nécessité. Quelques médecins veulent qu'on ne place pas toutes ces sangsues à la sois, mais qu'on les applique successivement en petit nombre, de manière qu'it y en ait toujours cinq ou six qui tirent du sang. Rien ne prouve que cette manière d'agir, qui est pénible pour le malade, ait de plus grands avantages que la précédente.

Je dois répéter ici ce que je disais tout à l'heure, c'est-à-dire que les émissions sanguines n'ont pas une efficacité suffisamment démontrée pour qu'on doive insister trop fortement sur leur emploi. Tant que le pouls présente de la résistance, on peut continuer l'application des sangsues, surtout si, sous leur influence, les douleurs se sont un peu calmées et si le pouls a diminué de fréquence; mais si celui-ci, sans rien perdre de sa fréquence, devenait petit et faible, on devrait s'arrêter, et recourir aux autres moyens qui vont être mentionnés. Suivant M. Baudelocque, les émissions sanguines doivent être bien plus modérées dans la péritonite puerpérale épidémique que dans cette affection à l'état sporadique, parce que, dans le premier cas,

⁽¹⁾ Revue med., janvier 1827, et Arch. gen. de med., t. XIX, avril 1829.

⁽²⁾ Traité de la péritonite puerpérale; Paris, 1830.

l'affection a quelque chose de spécifique. M. Tonnellé (1) veut qu'on réserve la saignée générale à la forme de la maladie qu'il nomme inflammatoire franche; mais, même dans ce cas, il lui préfère l'usage des saignées locales au moyen des sangues, qui, dit-il, peut être considéré, particulièrement dans la maladie qui nous occupe, comme une conquête de notre époque. Malheureusement cet auteur n'a point analysé ses observations assez rigoureusement pour qu'on puisse apprécier d'une manière précise la valeur de ces propositions. Notons seulement que dans la plupart des cas il a vu une amélioration plus ou moins notable suivre l'emploi des sangues, mais que cette amélioration n'était ordinairement que momentanée, que presque tenjours l'inflammation se reproduisait avec toute sa violence, de telle sorte qu'il fal-lait insister de nouveau sur les émissions sanguines, et que, dès que l'épanchement et la suppuration étaient formés, on se hâtait d'abandonner ce moyen.

Préparations mercurielles. Les préparations mercurielles ont été administrées à l'intérieur et à l'extérieur. A l'intérieur, c'est le calomel qui a été presque exclusivement prescrit. Ce médicament, vanté par Vandenzande (2), était uni par cet auteur à de petites quantités d'opium, de telle sorte que les bons effets que Vandenzande assurait en retirer peuvent aussi bien être rapportés à cette dernière substance qu'à la première. Saxtorph voulait qu'on l'associât au musc; les médecins comme Schmittmann (3), Sanders, Otto, etc., qui ont également préconisé ce médicament, ont recommandé qu'on le donne à doses fractionnées, c'est-à-dire à la dose de cinq à six centigrammes de deux heures en deux heures, ou à des intervalles plus courts, en diminuant la dose. Nous manquons d'observations qui puissent nous faire connaître le degré d'action de ce médicament ainsi administré. Les auteurs qui, il y a quelques années, ont principalement fait usage des mercuriaux, et en particulier M. Velpeau, ont presque toujours uni l'usage interne du calomel à l'emploi des frictions mercurielles, sur lesquelles je vais insister plus longuement.

Frictions mercurielles. C'est à M. Velpeau que nous devons les principaux efforts pour introduire dans le traitement de la péritonite puerpérale les frictions mercurielles, et cet auteur a réuni un nombre considérable d'obsérvations en faveur de l'efficacité de ce traitement. Il est bien entendu, toutefois, que M. Velpeau ne borne pas le traitement de la péritonite aux seules frictions, pas plus que ne le faimient quelques auteurs, comme Chaussier et Laënnec, qui les avaient mentionnées, mais sans insister sur leur emploi, sans appliquer ces frictions sur le ventre lui-même, en un mot sans leur accorder, à beaucoup près, l'importance que M. Velpeau leur a ensuite donnée.

C'est donc, à proprement parler, une médication nouvelle qu'a proposée ce dernier auteur; aussi ne saurais-je mieux saire que de lui emprunter le passage auteunt de son mémoire. Le traitement qu'il adopte y est exposé en détail, et les frictions mercurielles y tiennent la plus grande place.

TRAITEMENT DE M. VELPEAU.

- « Dès que les accidents surviennent, qu'il se maniseste de la douleur à l'hypo-
- (1) Arch. gén. de méd., t. XXIII, 1830.
- (2) VOY. BRACHET, De l'emploi de l'opium dans les phiegm.; Paris, 1828.
- (3) Summ, observ.; Berol., 1819.

gastre et de la fièvre, si la femme n'est pas trop affaiblie ou épuisée, la prudence vent qu'on pratique une saignée, ou qu'on applique quinze, vingt, trente, cinquante sangsues à la vulve ou sur le point douloureux. Quand la femme est robuste, pléthorique, et que les symptômes sont d'abord très graves, on doit tirer aussitôt une grande quantité de sang, soit par la phlébotomie, soit par les singsues; mais si la péritonite est franchement déclarée, si les symptômes ne cèdent pas aux premières saignées, je conseille de recourir sans plus attendre au traitement mercuriel, de faire des frictions avec deux ou trois gros (8 ou 12 grammes) d'onguent napolitain double toutes les deux heures, et de donner en même temps, si l'état des voies digestives ne s'y oppose pas, deux grains (0,10 grammes) de calomel, aux mêmes distances. Les douleurs sont-elles vives, reviennent-elles par coliques, on tâche de les adoucir à l'aide d'une potion légèrement calmante, composée, par exemple, de:

Eau de fleur d'oranger.... qq. goutt. Sirop de pavot blanc ou d'œillet. 30 gram. Eau de fleur d'oranger....

Mêlez. A prendre dans les vingt-quatre heures par cuillerées.

- Pour tisane, on choisit parmi les boissons délayantes celles qui plaisent le mieux à la malade.
- Les frictions sont faites sur tonte l'étendue de l'abdomen, avec lenteur et précaution, par une personne entendue et sur le zèle de laquelle on puisse compter. La main doit être garnie d'un gant. Après chaque friction, on applique sur le ventre un large morceau de flanelle, dans le but de préserver les vêtements de la femme ou les pièces du lit. Quelque vive que soit la douleur, elle ne l'est jamais assez pour empêcher d'opérer les frictions sur l'abdomen. Je ne me permets de les porter sur les cuisses que dans les cas peu inquiétants ou lorsque les accidents principaux ont disparu, et seulement quand la peau du ventre se couvre de boutons ou tend à s'enflammer; et encore je les réapplique sur cette partie dès qu'elle est un peu moins irritée. Lorsque les téguments sont recouverts d'une couche de pommade trop épaisse, il convient de les nettoyer avec une eau de savon légère ou un peu d'huile.
- Cette précaution me paraît essentielle pour favoriser l'action du mercure; un bain tiède d'une demi-heure; d'une heure même, si la femme s'y trouve bien, agit encore dans le même sens et manque rarement d'amener un soulagement général.
- » Le calomel est donné dans une demi-cuillerée de tisane, un peu de panade, on tout simplement déposé sur la langue; il produit souvent des selles assez copieuses au bout de douze ou vingt-quatre heures. Ces évacuations sont habituel-lement d'un bon augure et n'empêchent pas de continuer les frictions; mais, à moins que l'intensité des accidents ne se maintienne, il y aurait quelquefois de l'inconvénient à ne pas cesser alors l'emploi du protochlorure. Si quelque point devient alors plus douloureux que les autres, les frictions ne s'opposent nullement à ce qu'on se serve des sangsues comme d'un remède intercurrent. Il en est de même de la saignée, en cas que des signes de pléthore se manifestent après coup.
 - » Quand le calomei n'a point été prescrit, si les intestins paraissent embarrassés,

sont le siège de borborygmes; si la langue entière est très sale, sans être rouge ma à sa pointe ni sur les bords, l'huile de ricin ou l'eau de Sedlitz factice, à dose purgative, sont très bien indiquées et hâtent en général la terminaison favorable. Il importe du reste, et, selon moi, il importe beaucoup, que, pendant le cours de ce traitement, la malade soit soustraite aux courants d'air et que la température de son appartement ne soit pas au-dessous de douze à quinze degrés Réaumur. Lorsque toutes ces conditions sont exactement remplies, le mieux ne tarde pas à se prononcer; l'abdomen perd peu à peu de sa sensibilité, de son volume, de sa tension; les nausées, les vomissements, disparaissent par degrés, et quelquesois dans les vingt-quatre heures les malades semblent véritablement revenir de la mort à la vie. Dès lors on peut éloigner les frictions et les réduire à un gros (4 grammes); si la salivation se manifeste, il n'y a d'ordinaire plus rien à craindre, et l'on peut cesser tout à fait l'emploi des mercuriaux. »

Suivant M. Velpeau, et contrairement à l'opinion de Laënnec, l'apparition de la salivation n'est pas indispensable au succès du traitement; cependant elle est d'un excellent augure. Quelques femmes, ajoute-t-il, supportent des doses vraiment effrayantes d'onguent mercuriel; plusieurs en ont usé cent quatre-vingts, deux cent quarante, trois cents grammes dans l'espace de quelques jours. D'autres au contraire salivent très rapidement, beaucoup à la troisième, quatrième, cinquième friction, par exemple. Le même auteur regarde le traitement qui vient d'être indiqué comme propre à combattre également la péritonite compliquée de métrite ou de phlébite utérine, ou la péritonite simple, et l'on peut citer à l'appui de cette opinion une observation de Dance, dans laquelle une péritonite intense, survenue chez un homme, a guéri parfaitement à la suite des frictions mercurielles.

M. Tonnellé, sans accorder aux frictions mercurielles et à l'usage du calomel à l'intérieur un aussi grand degré d'efficacité, en conseille l'usage, car il a vu souvent les frictions mercurielles réussir. Cependant il pense que si, dans les exemples rapportés par les auteurs qui l'ont précédé, il se sût agi de péritonites épidémiques et non de péritonites sporadiques, les succès eussent été moins fréquents. Mais ce n'est pas là une objection à ce traitement, car nous savous combien le génie épidémique ajoute de gravité à toutes les maladies, et il n'est pas étonnant qu'en pareille circonstance une médication, quelque excellente qu'elle soit, reste sans succès contre la violence extrême du mal. Je pourrais encore citer bon nombre d'auteurs et en particulier Dance, Guersant, M. Bonnasous (1), qui ont rapporté des saits en saveur de cette méthode de traitement, mais j'en ai assez dit pour montrer qu'elle ne doit être négligée dans aucun cas.

Vomitifs. Les vomitifs ont été conseillés, et leur emploi remonte à une époque assez éloignée. Willis, A. Petit, et surtout Doucet, médecin de l'Hôtel-Dieu, ont insisté sur leur usage. On sait qu'à l'époque où vivaient ces médecins on regardait l'emploi des vomitifs comme indiqué, lorsque, dans une maladie, les nausées et les vomissements semblaient annoncer une tendance de l'organisme à se débarrasser, par cette excrétion, d'une substance nuisible. Si nous voulons interroger uniquement l'expérience sur ce point, nous ne pouvons mieux saire que

¹⁾ Bull. de thérap., 1832.

de consulter les observations de M. le docteur Tonnellé. Ce médecin, qui a vu administrer principalement l'ipécacuanha, cite onze faits en faveur de cette médication. Mais malheureusement la plupart d'entre eux sont rapportés d'une manière trop abrégée, en sorte que certains symptômes caractéristiques, comme l'extension de la douleur à tout l'abdomen, la douleur vive à la pression, sont fréquemment oubliés; que parsois on ne mentionne pas les vomissements; en un mot, que le diagnostic n'est pas toujours établi d'une manière positive. Cependant, parmi ces saits, il en est quelques uns, et en particulier le cinquième et le septième, qui ne laissent pas de doute sous ce rapport, et dans lesquels la médication vomitive a été suivie promptement d'un soulagement marqué et d'une guérison rapide. Il est difficile de dire si l'on peut à quelques signes particuliers reconnaître les cas où cette médication peut avoir de l'avantage. J'ai cité les faits précédents pour engager les personnes convenablement placées à renouveler ces expériences avec toutes les précautions nécessaires. Dans les eas cités par M. Tonnellé, l'ipécacuanha a été donné à la dose d'un gramme environ, ce qui n'empêchait pas d'appliquer les sangsues quand on le jugeait nécessaire, et de prescrire des bains, des potions adoucissantes et des potions laxatives.

Purgatifs. Des purgatifs doux ont également été prescrits, malgré l'existence de la diarrhée; mais nous n'avons, à ce sujet, que des renseignements trop inexacts pour que nous leur accordions autre chose qu'une simple mention. — Disons seulement que le docteur Gartner recommande l'huile de ricin, à la dose d'une cuillerée à thé, toutes les deux, trois ou quatre heures; qu'il y ajoute, dans les cas d'inertie de l'intestin, de deux à quatre lavements par jour avec l'eau chaude et deux cuillerées d'huile de ricin, et que M. Cruveilhier recommande la potion suivante, après qu'on a mis en usage la saignée; les bains et les injections utérines:

Huile d'amandes douces. de ricin...... 30 gram. Sirop de guimauve..... 30 gram.

A prendre par cuillerées.

Narcotiques. Les narcotiques, et surtout l'opium, ont été également mis en usage dans la péritonite puerpérale. Il faut administrer cette dernière substance de la manière qui a été indiquée à propos de la péritonite simple. Le docteur Caspari conseille le liniment suivant :

7 Hydrocyanate de soude... 1,25 gram. Axonge................. 12 gram. Laudanum de Sydenham. 2,50 gram.

Faites un liniment que l'on appliquera en frictionnant doucement.

Les moyens thérapeutiques qu'il me reste maintenant à mentionner ont, sans contredit, beaucoup moins d'importance que les précédents. Cependant il en est quelques uns que je dois présenter avec quelques détails à cause de leur réputation.

Essence de térébenthine. En première ligne il faut placer l'huile essentielle de térébenthine, que le docteur Brenan (1) et plusieurs autres médecins anglais ont donnée comme le remède le plus essicace contre la péritonite puerpérale. Ces auteurs, parmi lesquels on doit principalement signaler MM. Douglas et Kinneir, ont publié un certain nombre d'observations à l'appui de leur manière de voir. Mais

⁽¹⁾ Thoughts on puerp. fever, etc.; London, 1814.

MM. Trousseau et Pidoux (4) ont, par une analyse critique de ces divers faits, démontré que le diagnostic y était presque toujours incertain, et que, dans la plupart des cas même, on ne peuvait absolument pas admettre l'existence de la péritonite. Ces deux auteurs n'out pas dû, en conséquence, regarder comme fondées les assertions des médecins anglais, et l'on ne saurait nier l'exactitude de leur critique, qui peut également s'adresser à un fait cité par le docteur Rauch, de Berlin (2). Dans ce cas, avant l'administration de la térébenthine, la douleur du ventre avait cessé d'être générale (en supposant même qu'elle l'eût jamais été, ce qui n'est pas prouvé), elle n'existait plus que dans le côté gauche, et les lochies, un instant supprimées, avaient reparu. Une métrite un peu violente, avec météorisme douloureux, ne peut-elle pas donner lieu à ces symptômes? Et d'ailleurs c'est bien mal choisir le moment d'administrer un remède, que de le donner lorsqu'il est surveau une amélioration évidente. Enfin M. Cruveilhier (3) nous apprend qu'il a prescrit ce remède à la Maternité, sans en obtenir aucun résultat avantageux.

Quoi qu'il en soit, je dois, pour mettre à même le lecteur de répéter convenablement ceş expériences, indiquer ici comment on administre ce médicament. Le docteur Brenan veut qu'on emploie l'essence de térébenthine à l'intérieur et à l'extérieur. A l'intérieur il en donne une cuillerée à soupe, ou bien 30 grammes dans un verre d'eau sucrée, et renouvelle cette dose une ou plusieurs sois dans la journée, al le cas l'exige.

Le docteur Rauch prescrit ce médicament de la manière suivante :

24 Essence de térébenthine.... 2 gram. | Émulsion simple.......... 10 gram. | Mêlez. A prendre sur-le-champ.

Renouveler cette dose toutes les heures, jusqu'à ce que l'amélioration soit très marquée. Les jours suivants, en continuer l'administration, mais trois ou quatre fois par jour seulement.

La térébenthine administrée ainsi a-t-elle d'autres effets que son effet purgatif? C'est ce qui est très douteux. MM. Trousseau et Pidoux sont convaincus qu'elle n'en a pas d'autres, et ce qui, outre les considérations précédentes, porte à croire qu'ils sont dans le vrai, c'est que pour rendre l'action de la térébenthine plus forte, on l'a souvent associée à d'autres purgatifs. Le docteur Brenan, en particulier, y joint l'huile de ricin et la teinture de séné.

L'application externe de l'huile de térébenthine se fait tout simplement en frottant légèrement tout le ventre avec un morceau de fianelle imbibé de ce médicament. On y revient à deux ou trois reprises chaque jour. On peut encore mettre en usage les divers liniments composés dans lesquels entre la térébenthine. Suivant le docteur Douglas, cette seule application externe suffirait pour amener la guérison dans beaucoup de cas; mais nous avons vu plus haut la valeur de ses observations. Au reste, nous retombons ici dans la médication révulsive, dont il a déjà été question. Je n'insiste donc pas davantage.

Carbonate de potasse. Suivant MM. Récamier et Brachet, ce médicament

⁽i) Trailé de thérap., t. II, p. 593 et suiv.

⁽²⁾ Vochenschrift für die gesammte Heilkunde, n° 36, 1828; extrait dans les Arch. gen. de méd., janv. 1837.

⁽³⁾ Anatomie pathologique du corps humain, t. 1, 13° livraison, in-folio avec pl. colories.

serait très utile dans la fièvre puerpérale; mais les faits nous manquant, nous pe pouvons apprécier convenablement la valeur de cet agent thérapeutique qui, du reste, a peu de partisans. On peut prescrire la préparation suivante :

2 Carbonate de potasse... 0,50 gram. Sirop diacode..... 15 gram. Potion gommeuse.... 220 gram.

A prendre par cuillerées, d'heure en heure.

Moyens divers. Enfin je me contenterai de mentionner les lotions d'eau froide pure (1) ou camphrée (2); l'application de la glace (3); l'usage du quinquina, qui est administré lorsque les forces sont complétement abattues; les divers sudorifiques, etc.

Rappel de la sécrétion lactée et des lochies supprimées. Nous avons vu que la suppression de la sécrétion laiteuse et des lochies constituait des symptômes importants de la péritonite puerpérale, quoique cette importance ait été beaucoup exagérée. On a donc été naturellement porté à rétablir ces évaçuations dans le but d'opérer une diversion salutaire. Gasc a principalement insisté sur ce point. Pour rappeler le lait dans les mamelles on emploie des cataplasmes chauds ou bien des applications de flanelle chaude, ou mieux encore on a recours aux ventouses sèches, aux cataplasmes sinapisés ou à la succion. La plupart des médecins pensent que la succion doit être pratiquée avec les instruments imaginés pour des cas semblables ou avec la bouche par une grande personne; mais quelques uns ne craignent pas de faire teter les enfants eux-mêmes, et, suivant eux, il n'en est jamais résulté aucun accident pour ces derniers. Quant au retour des lochies, c'est à l'aide d'un petit nombre de sangsues (de quatre à six) appliquées à plusieurs reprises à la vulve, des topiques indiqués plus haut, d'injections tièdes et aromatiques, qu'on a cherché à le déterminer. Il faut reconnaître avec M. Baudelocque que ces moyens n'ont pas une valeur bien grande. C'est, en effet, la violence de l'inflammation qui a suspendu les sécrétions, et ce n'est qu'après avoir modéré l'intensité de la péritonite qu'on peut espérer de voir se rétablir la sécrétion du lait et l'écoulement des lochies, qui ont alors une tendance naturelle à se reproduire. Toutefois il est permis d'admettre qu'en pareille circonstance les moyens précédemment indiqués doivent en favoriser le retour.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE LA PÉRITONITE PUERPÉRALE.

Épargner au malade, autant que possible, les moindres mouvements.

Ne point charger le ventre de couvertures, et le protéger avec un cerceau si la pression était intolérable.

Pour régime, diète sévère, tant que la maladie est dans sa vigueur.

Reprendre avec beaucoup de prudence un régime substantiel pendant la convalescence.

Traitement de la péritonite par perforation. Le traitement de la péritonite par perforation ne dissère des précédents que par l'usage plus général de l'opium à haute dose, et par quelques autres particularités qui vont être indiquées. Aussi je

⁽¹⁾ REUSS, HUPELAND.

⁽²⁾ SUTTON. Voy. Rev. med., 1827.

⁽³⁾ LACINISKI, Hufeland's Journal, 1826.

dois me borner à dire d'abord que les saugsues, les applications émollientes, les frictions mercurielles, etc., doivent être mises en usage comme dans l'affection précédente, avec la précaution de proportionner ces moyens à l'état des forces des malades; car la perforation survenant souvent dans des affections qui ont considérablement détérioré la constitution, il serait imprudent, en pareil cas, d'insister beaucoup sur les émissions sanguines. Quant aux moyens thérapeutiques plus particulièrement applicables à cette espèce de péritonite, exposons-les rapidement, en commençant par l'emploi de l'opium à haute dose.

L'usage de l'opium à haute dose s'applique à toutes les péritonites par perforation, quel que soit l'organe perforé; mais c'est surtout dans les cas de perforation du canal intestinal qu'on y a eu recours. M. Stokes a surtout préconisé l'emploi de ce moyen, et depuis qu'il a publié des observations très intéressantes en faveur de cette médication, d'autres médecins ont rapporté des saits qui viennent en prouver l'utilité. M. Stokes a non seulement cité des cas de guérison observés par M. Graves et par lui, mais encore il a montré que, dans certains autres où le sujet avait fini par succomber, l'emploi de l'opium avait eu pour effet de prolonger les jours des malades. La préparation qu'il emploie est la teinture d'opium connue en Angleterre sous le nom de gouttes noires, que l'on donne à la dose de deux ou trois gouttes toutes les heures, de manière à ce que le sujet en ait pris dans les vingt-quatre heures de quarante-huit à soixante-douze gouttes. En même temps, on peut administrer, à moins que la persoration n'ait sieu dans le gros intestin, un ou deux quarts de lavement avec quinze à vingt gouttes de laudanum, et appliquer sur l'abdomen des flanelles trempées dans l'eau de guimauve fortement laudanisée. On ne doit nullement craindre un certain degré de narcotisme, car c'est précisément pour obtenir un état marqué de torpeur, et pour prévenir ainsi les mouvements péristaltiques. aussi bien que les contractions musculaires des parois du ventre, qu'on à recours à cette médication.

Suppression des boissons et de tout médicament ingéré par la bouche, sauf l'opium. Cette partie du traitement s'applique à tous les cas où l'on a quelque raison de supposer l'existence d'une perforation intestinale ou stomacale; quelle que soit l'intensité de la soif, on ne doit permettre au malade que de se rafraichir la bouche avec de petits fragments de glace ou le suc des fruits acides, comme le citron, l'orange, et encore faut-il leur recommander de rejeter les liquides, et de n'en avaler que la plus petite quantité possible. Le but de cette précaution est sacile à comprendre : les liquides qui s'échappent de l'intestin et tombent dans le péritoine étant la cause déterminante de l'inflammation, on doit, par tous les moyens. chercher à en diminuer l'abondance.

Les mêmes observations s'appliquent aux divers médicaments, et surtout aux purgatifs et aux vomitifs qui doivent être entièrement proscrits, et qu'on doit bien se garder d'administrer, même à une époque assez avancée de la convalescence. On a cité, en esset, des cas où un purgatif ayant été donné intempestivement chez des sujets en voie de guérison, tous les symptômes de la persoration ont reparu avec intensité et ont promptement déterminé la mort. M. Stokes a rapporté un exemple bien remarquable de ce genre.

Immobilité absolue. C'est encore une condition très importante pour la guérison que de tenir les sujets dans un état d'immobilité aussi absolue qu'il sera possible.

C'est surtont dans les efforts de la défécation et du vomissement que les accidents augmentent d'intensité. On devra, par conséquent, employer toutes les précautions imaginables pour rendre le moins violents qu'on le pourra ces mouvements indispensables, comme c'est dans le but de les prévenir qu'on a administré l'opium. Dans tous les autres moments, on devra engager les malades à ne saire aucun mouvement, et l'on éloignera d'eux toute cause qui pourrait déterminer la moindre agitation.

L'exploration de l'abdomen doit être faite dans cette grave espèce de péritonite avec plus de précaution encore que dans toutes les autres espèces. Ce n'est qu'avec un ménagement extrême qu'on doit pratiquer la palpation de l'abdomen; et encore, lorsque le diagnostic de la maladie n'est pas douteux, doit-on s'abstenir d'un semblable examen.

Résumé; ordonnances. Tels sont les moyens à opposer à la péritonite, dont la gravité, quoique dissérente suivant les espèces, n'est pas moins presque toujours sort grande. D'après ce que nous avons dit plus haut, l'emploi des préparations mercurielles, et surtout des frictions avec l'onguent mercuriel dans la péritonite puerpérale, et l'administration de l'opium à haute dose dans la péritonite par perforation, sont, de tous les moyens thérapeutiques qui ont été passés en revue, ceux dont l'expérience nous a fait reconnaître l'efficacité de la manière la plus précise. Dans les autres espèces, c'est aux émissions sanguines, aux émollients et aux adoucissants qu'on doit avoir principalement recours.

Ir. Ordennance.

DANS UN CAS DE PÉRITONITE GÉNÉRALE AIGUE CHEZ UN SUJET VIGOUREUX, ET SANS CAUSE ORGANIQUE APPARENTE.

- 1° Pour boisson, solution de sirop de gomme, infusion de guimauve, etc.
- 2º Saignée générale, renouvelée une ou plusieurs sois, suivant la résistance du pouls; application de trente, quarante et même cinquante sangsues disséminées sur le ventre; réitérer cette application au besoin.
 - 3° Fomentations émollientes sur le ventre.
- 4° Matin et soir, de 3 à 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium; deux quarts de lavement d'eau de guimauve, avec addition de huit à donze gouttes de hudanum.
 - 5º Diète absolue; éviter autant que possible tous les mouvements.

Chez les enfants, on supprimera la saignée générale; le nombre des sangsues variera de quatre à dix ou douze, suivant l'âge; la dose de l'opium à l'intérieur sera de 1 à 5 centigrammes par jour, et celle du laudanum de deux à quatre ou cinq gouttes.

II. Ordonnance.

DANS UN CAS DE PÉRITONITE PAR PERFORATION.

- 4° S'il s'agit d'une perforation du tube intestinal, supprimer les boissons, rafraîchir seulement la bouche avec de petits fragments de glace ou quelques gouttes d'un liquide acidulé. Dans les perforations des autres organes, donner les boissons précédentes ou des boissons acidules.
 - 2. Toutes les heures, deux ou trois gouttes de teinture d'opium, ou bien, toutes

les deux heures, de 2 à 3 centigrammes d'extrait thébaïque. Deux ou trois sois par jour, un quart de lavement contenant de douze à vingt gouttes de laudanum, saus dans le cas où la persoration occupe la partie insérieure du gros intestin.

3° Autant que possible, immobilité absolue.

Je ne crois pas devoir donner d'ordonnances pour le traitement de la péritonite puerpérale, la médication mise en usage par M. Velpeau étant celle que j'adopte, et ayant été exposée plus haut en détail (1).

RÉSUME SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; émollients; narcotiques; révulsifs.

Dans la péritonite par extension de l'inflammation: traitement propre à la maladie primitive.

Dans la péritonite puerpérale: frictions mercurielles à hautes doses; ipécacuanha; légers purgatifs; essence de térébenthine; carbonate de potasse; moyens divers.

Dans la péritonite par perforation : opium à hautes doses; abstinence de boisson s'il y a perforation du canal intestinal; immobilité.

ARTICLE II.

PÉRITONITE CHRONIQUE.

La péritonite chronique est une affection qu'on peut considérer comme mieux connue dans son ensemble que la péritonite aiguë; cependant elle a été étudiée plus tard encore que cette dernière. Broussais (2) a un des premiers insisté avec force sur la nécessité d'étudier avec soin l'inslammation chronique du péritoire : sous ce rapport il a rendu un service réel à la science; mais c'est évidemment un tort de regarder les descriptions qu'il a données comme exactes, car, sauf quelques caractères généraux, on ne trouve dans son article rien de précis, surtout relativement aux véritables causes, au développement et à la marche de la maladie, et à l'efficacité des divers traitements mis en usage. MM. Scoutetten, Gendrin et plusieurs autres n'ont traité avec tout le soin désirable que la partie anatomique. M. Andral a rapporté des exemples intéressants de péritonite chronique; mais c'est surtout aux recherches de M. Louis que nous devons les détails les plus précis sur la symptomatologie et les conditions de développement de cette maladie. M. Louis, il est vrai, n'a décrit que la péritonite qui survient chez les tuberculeux. mais nous allons voir tout à l'heure que c'est sinon uniquement, du moins presque exclusivement chez les tuberculeux que se produit la péritonite chronique.

Une remarque générale, et qui a une grande importance, quoique le fait ne soit pas assurément bien connu de tout le monde, c'est que, dans le cours de la phthisie, les cas ne sont pas rares où la péritonite chronique se développe à l'état d'inflammation simple, c'est-à-dire en l'absence de productions tuberculeuses sur le péritoine, d'inflammation chronique, ou de toute autre lésion d'un organe abdominal. Ce fait, qu'ont à peine indiqué les autres auteurs, a été parsaitement constaté par M. Louis, et les recherches de MM. Rilliet et Barthez chez les ensants l'ont parsaitement confirmé.

⁽¹⁾ Voy. p. 312.

²⁾ Hist, des phlegm, chroniq.

de sorte que cette inflammation simple, que l'on regarde comme fréquente dans la péritonite aiguë, et que nous avons eu tant de peine à y trouver, nous la rencontrons assez fréquemment dans la péritonite chronique où l'on pense que son existence est très rare. Il faut toutefois remarquer que ce n'est pas là une inflammation simple spontanée, c'est une de ces inflammations secondaires qui sont sous la dépendance d'une maladie antérieure, sans laquelle elle ne se serait certainement pas produite.

§ I. — Définition; synonymie, fréquence.

Presque tous les auteurs ont regardé comme des péritonites chroniques de simples résultats de la péritonite aigué. C'est ainsi que des fausses membranes anciennes, gênant plus ou moins le jeu des organes, et occupant une plus ou moins grande étendue de la séreuse abdominale, ont été considérées comme de véritables inflammations chroniques. En cela on a reproduit ce qui a été fait pour l'endocardite chronique; or les réflexions présentées à l'occasion de cette dernière maladie (1) s'appliquent à la péritonite. Il est évident qu'en agissant ainsi on a beaucoup trop étendu le cadre de cette maladie, qui doit être définie comme il suit : la péritonite chronique est une affection du péritoine donnant lieu, dans tout le cours de sa durée, à des symptômes inflammatoires dont la marche est lente et continue.

Cette affection a été désignée par quelques auteurs sous les noms d'inflammation péritonéale, inflammation du mésentère, inflammation chronique du bas-ventre. Le nom de péritonite chronique est aujourd'hui généralement employé.

La péritonite chronique n'est point une affection fréquente, mais d'un autre côté elle n'est nullement remarquable par sa rareté, car depuis que l'anatomie pathologique a commencé à fixer nos connaissances sur ce point, on en a recueilli un grand nombre d'exemples, et nous verrons plus loin que dans la phthisie cette maladie se rencontre chez un nombre assez notable de sujets.

S II. — Causes.

Les causes de la péritonite chronique, si l'on en excepte celles qui produisent la péritonite tuberculeuse, n'ont point été étudiées avec tout le soin nécessaire. Dans l'article du Dictionnaire de médecine (2), voici tout ce qu'on lit à ce sujet : L'inflammation chronique du péritoine se présente sous deux formes distinctes : tantôt elle se présente sous la forme chronique, et dans ce cas elle est presque constamment liée à la présence de tubercules dans l'abdomen; tantôt elle succède à une péritonite aiguë, et par conséquent aussi à l'une des nombreuses affections auxquelles cette phlegmasie se rattache. Lorsqu'elle est partielle, elle reconnaît pour cause ordinaire soit une contusion, soit l'inflammation chronique d'un des viscères abdominaux, qui s'est propagée par contiguïté à son enveloppe péritonéale. » L'exactitude de cette proposition ne peut être niée, mais elle me paraît beaucoup trop générale, et pour lui donner toute la valeur nécessaire, il faut entrer nécessairement dans quelques détails.

Il est certain que la péritonite chronique se produit principalement sous l'influence de l'affection tuberculeuse. M. Louis ne l'a en effet jamais rencontrée que chez des sujets affectés de tubercules (3). Dans quelques cas fort rares, on a vu un

⁽¹⁾ Voy. t. II, Endoc. chron.

⁽²⁾ Tome XXIII, p. 595.

⁽³⁾ Loc. cit., p. 270.

dépôt de matière cancéreuse, à la surface des organes abdominaux ou dans les replis du péritoine, donner lieu à l'inflammation chronique de celui-ci. Ce sont la les péritonites qui, suivant la division de M. Andral, sont chroniques dès leur début. Il en est cependant quelques autres, mais très rares, qui se présentent dès l'abord avec cette chronicité: ce sont des péritonites partielles dues aux inflammations chroniques des divers organes, à la production de certains kystes, d'abcès, etc. Je dis que ces péritonites chroniques sont fort rares; dans les cas dont il s'agit, en esset, ce que l'on voit survenir communément, c'est une péritonite aigui se terminant par des adhérences plus ou moins intimes, mais ces adhérences ne constituent pas une inflammation, elles n'en sont que le produit.

Dans d'autres cas, ce qui donne lieu à la péritonite chronique est soit une perforation qui a été promptement limitée par de fausses membranes, soit une inflammation très vive d'un organe suivie d'une inslammation du péritoine voisin, inflammation qui s'est communiquée au reste de la séreuse. En lisant attentivement les trois premières observations de péritonite chronique rapportées par M. Andral, on y trouve des exemples de ces diverses espèces; toutesois l'existence de la perforation n'y est pas formellement indiquée; mais chez un des sujets les choses se sont présentées de telle manière qu'on ne peut guère douter de son existence. Ces péritonites sont celles qui, aiguës à leur début, prennent ensuite le caractère chronique, et voici comment les choses se passent en pareil cas. L'inflammation vive, en se communiquant au péritoine, produit d'abord des symptômes violents, puis cette inflammation venant à se calmer, la sécrétion de fausses membranes et de sérosité plus ou moins altérée continue à se faire dans le péritoine, et la péritonite devient chronique. Il en est de même dans les cas de persoration promptement limitée par les sausses membranes; seulement le soyer qui résulte de l'épanchement du liquide joue le rôle de la vive inflammation viscérale que je viens de citer.

Il s'agirait maintenant de rechercher quelles sont les causes prédisposantes et occasionnelles qui, dans les circonstances précédemment mentionnées, savorisent ou déterminent la production de la péritonite, mais cette étude ne nous conduirait à aucun résultat positif, les recherches n'ont point en esset été dirigées dans ce sens.

g III. — Sympthmes.

Péritonite tuberculeuse. Je crois devoir commencer par exposer les symptômes de cette espèce de péritonite, parce que, comme je l'ai dit plus haut et comme il faut l'avoir bien présent à l'esprit, c'est là l'espèce qui se présente presque toujours à l'observation; or je ne saurais mieux faire que d'extraire des recherches de M. Louis sur la phthisie la description générale des symptômes de cette affection. Voici comment s'exprime cet auteur (p. 270):

- « Les symptômes de la péritonite chronique, de cette maladie que je n'ai rencontrée que chez les tuberculeux, passent assez souvent inaperçus, bien que suffisants, comme on le verra tout à l'heure, pour faire connaître avec certitude la lésion à laquelle ils se rattachent.
- » A une époque variée de l'affection principale, quelquesois à son début, qu'elle conduise à la mort en moins de deux mois ou en plusieurs années, les malades

éprouvent les premiers symptômes de la péritonite : une augmentation de volume du ventre indiquée par la gêne qu'ils ressentent dans leurs vêtements s'ils ne gardent pas le lit, ou bien une douleur abdominale peu vive et quelquesois universelle, quelquesois l'une et l'autre à la sois. La douleur augmente par la pression et la percussion, est indépendante de la diarrhée, qui n'existe pas toujours, à beaucoup près, au moment où elle se développe, et qui s'accompagne d'ailleurs de soussrances très dissérentes de celles de la péritonite. Plus tard, après un espace de temps qui varie beaucoup, le médecin appelé près du malade peut constater l'existence d'une fluctuation ou d'un météorisme plus ou moins considérable de l'abdomen.

- Après avoir augmenté pendant quelque temps, la fluctuation diminue puis disparaît entièrement, taudis que le météorisme persiste. Dans le cas où il s'est montré au début sans épanchement appréciable, le météorisme diminue après un certain temps, et alors la tension du ventre est plus marquée, les circonvolutions intestinales s'y dessinent, l'abdomen est comme bosselé, offre une élasticité très résistante, alors même que les muscles qui l'enveloppent sont dans le relâchement le plus complet. Les nausées et les vomissements sont rares, si ce n'est dans les derniers temps de l'affection, quand une péritonite aigué vient compliquer l'état déjà si pénible des malades.
- » Dans quelques cas, ces accidents aigus n'ont pas lieu; le malaise n'en est pas moins extrême, les malades ne s'occupent que de leur ventre, ne parlent que de lui, tandis que dans d'autres cas où le désordre est tout aussi considérable, le ventre est constamment indolent, même à la pression, et n'offre pour tout symptôme qu'un excès de volume et un certain degré de fluctuation, l'urine n'étant point albumineuse, et le malade n'ayant pas éprouvé jusque là les symptômes d'une maladie organique du foie. »

Tels sont les symptômes de la péritonite tuberculeuse. Ils sont tellement caractéristiques, quoique au premier abord on puisse être frappé de leur peu d'intensité, que plusieurs fois ils ont pu faire diagnostiquer l'existence de tubercules pulmonaires, qui ne donnaient lieu à aucun signe appréciable du côté de la poitrine. M. Louis en a rapporté des exemples, et le docteur Jackson (1) en a recueilli dans le service de ce médecin qui l'ont vivement frappé, comme il le dit à plusieurs reprises dans ses notes, recueillies par son père. J'ai observé un cas du même genre à l'hôpital de Lourcine chez une femme dont rien, du côté des organes thoraciques, ne pouvait faire soupçonner l'existence d'une phthisie pulmonaire, et qui cependant avait des granulations tuberculeuses dans les deux poumons; mais ces granulations, en nombre peu considérable, n'étaient point agglomérées et n'avaient donné lieu à aucun phénomène d'auscultation et de percussion. C'est ainsi que s'étaient passées les choses dans les cas observés par M. Louis.

En ajoutant à cette description le craquement senti par l'application de la main sur le ventre chez certains sujets, et qui a été signale par le docteur Bright, nous aurons tout ce qu'il importe de connaître de la symptomatologie de la péritonite chronique; car l'état des organes thoraciques, de l'appareil digestif, de la circulation, etc., que les auteurs ont présenté dans leur description générale, se rapporte,

⁽¹⁾ A Memoir of James Jackson; Boston, 1835.

non à la péritonite chronique, mais bien à l'affection sous la dépendance de laquelle elle s'est produite, c'est-à-dire, dans l'immense majorité des cas, à la phthisie pulmonaire.

La péritonite chronique cancéreuse présente à peu près les mêmes symptômes, et ce n'est qu'en étudiant l'état des divers organes où peut s'être développé le cancer qu'on reconnaît la nature de la maladie; toutesois il est quelques uns des phénomènes précédents, comme la diarrhée et les sueurs, qui n'existent point; mais je reviendrai sur ces nuances importantes à l'occasion du diagnostic.

Les péritonites générales aigues à leur début, et devenues ensuite chroniques, présentent, lorsqu'elles sont arrivées à ce dernier état, des phénomènes semblables à ceux de la péritonite tuberculeuse, sauf que les symptômes pectoraux manquent, à moins de complication, et que la diarrhée colliquative, les sueurs nocturnes sont généralement moins marquées. Toutefois je ne donne ces signes qu'avec de grandes restrictions, car il reste encore beaucoup à faire pour lever tous les doutes qui résultent de l'insuffisance des faits. En définitive, ce qui distingue particulièrement ces péritonites, c'est l'existence de symptômes aigus, violents, et limités à un point du ventre au début de la maladie.

Enfin, les péritonites chroniques partielles se reconnaissent à la douleur locale, à la tuméfaction du ventre, et elles se distinguent des précédentes principalement par l'existence de la lésion organique à marche chronique qui leur a donné naissance.

S IV. - Marche; durée; terminaison.

Les symptômes qui viennent d'être décrits, dit M. Louis, continuent en plus ou moins grand nombre jusqu'à la mort, au moins le plus ordinairement; car chez quelques sujets dont la maladie a une marche très chronique, après d'assez longues souss'rances du côté du ventre, les symptômes de la péritonite disparaissent, et l'on n'observe plus d'accidents que du côté de la poitrine. Le liquide épanché dans l'abdomen peut être résorbé facilement dans l'espace de sept à huit jours, et l'on est tout étonné, dans quelques cas, de ne pas trouver, à l'ouverture du corps, une goutte de sérosité dans l'abdomen, d'y voir, au contraire, des adhérences nouvelles au moyen de sausses membranes encore assez molles, chez des sujets qui avaient ofsert, quelques jours auparavant, une suctuation maniseste de l'abdomen.

Nous trouvons là la marche et les terminaisons de la péritonite chronique; mais il faut ajouter que, comme toutes les inflammations secondaires, la péritonite chronique a une influence fâcheuse sur la marche de la maladie principale, et qu'elle tend à hâter la terminaison funeste. Quant à sa durée, elle est extrêmement variable, et il serait impossible de la limiter : elle peut être d'un ou deux mois, et se prolonger pendant une année et plus.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ont été étudiées avec un très grand soin; mais je dois me borner à en donner ici un résumé très rapide. On trouve dans le péritoine un épanchement de sérosité dont la quantité varie beaucoup. Le liquide est plus ou moins chargé de flocons albumineux; parsois il contient une certaine quantité de pus, et

chez quelques sujets on trouve du pus parsaitement reconnaissable. Quant au sang, aux diverses matières étrangères, telles que les matières fécales, la bile, etc., qu'on a regardées comme appartenant à la péritonite chronique, on doit les ranger dans les lésions de la péritonite aiguë, sauf dans quelques cas rares.

Des fausses membranes souvent très abondantes, réunissant tout le paquet intestinal, de manière qu'il soit difficile d'en reconnaître toutes les parties, se montrent fréquemment à l'autopsie. Parsois, au contraire, ces sausses membranes sont disséminées et minces. Sous ce rapport il y a de très grandes différences suivant les cas. La consistance de ces pseudo-membranes est également très variable. Chez certains sujets on en trouve de molles et de jaunâtres en certains points, tandis qu'ailleurs elles sont épaisses, blanches et sermes, qu'ailleurs encore elles sont purement celluleuses.

Une des lésions les plus remarquables est sans contredit le dépôt dans les fausses membranes, soit de granulations dont l'apparence n'a nullement l'aspect tuber-culeux, et qui ont été regardées par M. Scoutetten comme des concrétions fibrineuses, soit de véritables tubercules arrondis, saillants, friables. Dans quelques cas même on tronve une partie de la fausse membrane complétement transformée en matière tuberculeuse. Quelquesois, mais heaucoup plus rarement, on y a trouvé de la substance mélanique. Les granulations indiquées plus haut sont parsois tellement abondantes, que la surface de la sausse membrane en est toute parsemée, ce qui lui donne un aspect rugueux.

Comme on le voit, le dépôt de matières tuberculeuses dans les pseudo-membranes est surtout digne de remarque; mais il ne faut pas croire que ce dépôt soit constant; et comme, d'un autre côté, les tubercules sous-péritonéaux sont loin d'être fréquents dans les cas de péritonite tuberculeuse, il en résulte, ainsi que l'a fait remarquer M. Louis, que la péritonite chronique des tuberculeux n'est autre chose qu'une lésion inflammatoire due « à une cause spéciale à laquelle l'intensité et la durée du mouvement fébrile viennent sans doute se joindre, comme cela a lieu pour les maladies aiguës, dans un certain nombre de cas. » J'ai déjà dit que les choses se passent de la même manière chez les enfants, comme il résulte des observations de MM. Rilliet et Barthez.

J'ai vu dans un cas, à l'Hôtel-Dieu annexe (1), une espèce d'éruption semblable aux vésicules des sudamina, sur toute la surface des circonvolutions intestinales, chez un phthisique affecté de péritonite chronique. Ces vésicules avaient, en général, la grosseur et la transparence des sudamina; lorsqu'on les perçait avec une épingle, on en faisait sortir une gouttelette de liquide limpide, et puis on n'en trouvait plus de trace. Après avoir fait dessécher l'intestin, ces vésicules out conservé en partie leur forme, et lorsqu'on les enlevait avec la pointe d'une épingle, on voyait qu'on avait soulevé une petite portion du péritoine, audessous duquel était un petit vide résultant de la dessiccation du liquide, et la surface avait l'aspect des sudamina desséchés et rompus. Le péritoine remplaçait l'épiderme.

Pour compléter ces indications des lésions du péritoine, je me contenterai de mentionner les colorations en rouge brun ou noirâtre de la membrane ou du tissu

⁽¹⁾ Voy. VALLEIX, Cons. prat. sur la périt. chroniq. et son trait. (Bull. gén. de thèr., juin 1846).

faut remarquer, relativement aux frictions mercurielles, que, loin de chercher à produire la salivation, on doit les suspendre dès qu'on s'aperçoit que la bouche se prend.

MM. Trousseau et Pidoux ont conseillé les cataplasmes de ciguë comme résolutifs dans la péritonite chronique. Un fait observé à l'hôpital Necker (1) a été cité à l'appui de cette opinion. Mais on se demande si le repos et le régime, dans cette péritonite, qui paraissait à son déclin, n'ont pas plus fait que les cataplasmes de ciguë. Quoi qu'il en soit, voici la manière d'employer ce moyen:

On applique matin et soir un cataplasme composé de deux tiers de poudre de ciguë et d'un tiers de farine de graine de lin. Si la poudre de ciguë vient à manquer, on peut faire usage des feuilles, soit fraîches, soit desséchées, mais non pulvérisées; et on les applique alors sans les mélanger de farine de graine de lin. On peut d'ailleurs, quand le cataplasme vient à se refroidir, se servir avec avantage, pour lui rendre de la chaleur, de l'eau qui provient de la décoction des feuilles de ciguë. Une précaution également bonne consiste à appliquer par-dessus le cataplasme une feuille de toile cirée, afin d'empêcher la trop rapide évaporation, et de maintenir ainsi la chaleur et l'humidité nécessaires.

Enfin, j'indiquerai seulement les bains sulfureux et alcalins, dont les effets sont très hypothétiques, et je terminerai en disant que, après les moyens antiphlogistiques précédemment indiqués, ce qui convient le plus au malade, c'est le repos absolu, de manière à éviter tous les mouvements qui ne sont pas indispensables, un régime doux, léger, sans être très sévère, et particulièrement la diète lactée. On voit assez souvent, sous l'influence de ces moyens simples, les symptômes si incommodes de la péritonite, sinon disparaître, au moins s'amender de manière à devenir supportables.

Quelquesois, suivant M. Chomel (2), on voit des collections purulentes qui se sont sormées dans le péritoine tendre à se saire jour au dehors, soit à travers les parois, soit du côté des intentins, de la vessie ou du vagin.

« Dans le premier cas, on pourra, dit cet auteur, à l'aide des caustiques ou du bistouri, préparer ou frayer une issue au pus; dans les autres, on devra, par une pression méthodique, par des injections ou des douches, déterger le soyer où s'est formé le pus, et aider au rapprochement et à l'adhésion de ses parois. » — Il saut reconnaître que les cas où l'on est appelé à suivre ces conseils sont excessivement rares.

ARTICLE III.

ASCITE.

L'hydropisie ascite est une maladie dont les signes sont trop facilement appréciables pour qu'elle ait pu être inconnue même dans les premiers temps de la médecine. Aussi voyons-nous déjà dans Hippocrate (3) une foule de passages dans lesquels sont décrits les symptômes de l'ascite, où sont exposées les principales

⁽¹⁾ Bull. gén. de thér., juin 1847, p. 517.

⁽²⁾ Article Perstonits du Dict. de méd.

⁽³⁾ Offiveres complètes, trad. par Littré, t. VII, Des maladies; Des affections interves, p. 221.

ASCITE. 329

circonstances dans lesquelles cette affection prend naissance, et enfin où l'on trouve un traitement assez riche de cette espèce d'hydropisie. Galien, qui le premier a cherché à établir une division régulière dans l'ascite, a également beaucoup insisté sur cette affection. Celse (1), Arétée (2), et après eux une longue série de médecins de tous les âges, ont tracé d'une manière plus ou moins détaillée l'histoire de cette grave maladie.

Dans toutes ces descriptions les signes extérieurs, la marche de l'affection dans les principales circonstances, les accidents qu'elle peut présenter, sont généralement assez bien appréciés; mais ce qu'il était important d'établir, et ce qui ne pouvait être établi que par les recherches modernes, ce sont les diverses causes organiques qui donnent naissance à l'ascite, et qui font de ses diverses catégories autant d'espèces très différentes. Les anciens évidemment ne pouvaient avoir sur ce point que des idées très confuses. On savait, il est vrai, d'une manière générale, et Hippocrate déjà l'avait indiqué formellement, que les tumeurs du foie et de la rate étaient fréquemment suivies de l'accumulation de la sérosité dans la cavité abdominale; mais parmi les altérations de ces deux organes, quelles sont celles qui déterminent particulièrement l'hydropisie? par quel inécanisme lui donnent-elles naissance? et enfin quelles sont les autres conditions organiques qui produisent l'ascite? c'est ce que l'on ignorait complétement.

A l'époque où sous la direction de Morgagni l'anatomie pathologique commença à faire ses plus grands progrès, ces idées, nécessairement vagues, prirent plus de précision; mais il fallait arriver aux recherches intéressantes de MM. Bouillaud, Reynaud, Andral, Bright, et plusieurs autres, que j'aurai occasion de citer dans le cours de cet article, pour que l'histoire de l'hydropisie ascite prît un haut degré d'exactitude. Sans doute il reste encore aujourd'hui plusieurs points qui demandent de nouvelles recherches pour être éclaircis; mais l'assertion précédente n'a rien d'exagéré relativement à la plus grande partie des faits intéressants que va nous présenter la description de cette maladie.

On a proposé bien des divisions: les plus célèbres sont celles de Sauvages et de Cullen. Celle de Sauvages, qui admet vingt-huit espèces d'ascites, est fondée sur des nuances si légères et de si peu d'importance, qu'il serait complétement inutile de la faire connaître ici. Quant à Cullen, il établit trois espèces principales d'ascites, qu'il distingue bien de l'hydropisie enkystée. La première espèce d'hydropisie abdominale est celle qui est causée par l'engorgement des viscères; la seconde est celle qui est occasionnée par débilité, et elle comprend l'hydropisie arthritique, scorbutique, exanthématique; enfin la troisième, qui est due à la lénuité du sang, survient après les hémorrhagies abondantes ou répétées. On voit que Cullen ne reconnaissait pas d'ascites sthéniques. Cette espèce a été signalée par MM. Boisseau (3), Bouillaud (4), Dalmas (5), et plusieurs autres.

Les auteurs du Compendium proposent la division suivante : 1° Ascite idiopathique aiguë; 2° A. idiopathique subaiguë; 3° A. idiopathique asthénique;

⁽¹⁾ De re medic., lib. 111.

⁽¹⁾ De signis et caus. morb. diuturn., lib. II.

⁽³⁾ Nosographie organique; Paris, 1828, t. II, p. 28.

⁽⁴⁾ Dict. de méd. et de chir. prat., t. III, p. 524.

⁽⁵⁾ Dict. de méd., art. Ascite.

he A. consécutive ou métostatique, aigué ou subaigué; 5° A. symptomatique de l'inflammation péritonéale; 6° A. symptomatique d'un obstacle à la circulation veineuse; 7° A. symptomatique d'une dégénérescence des reins; 8° A. symptomatique d'un état séreux du sang.

Je ne dois point entrer ici dans un examen critique de cette division, d'autant plus que les auteurs ne l'ont adoptée que dans le but de rendre plus facile l'étude de la maladie ; s'il en eût été autrement, ils auraient eu recours à une division beaucoup plus simple, ainsi qu'ils le disent eux-mêmes, et c'est précisément cette division qui me paraît devoir être adoptée. « Nous signalerions, disent-ils. seulement trois espèces d'ascites : 1° Une ascite par irritation sécrétoire portant sur la séreuse abdominale; 2º une ascite par obstacle à la circulation veineuse dans les vaisseaux de la veine porte ou même dans ceux de la veine cave; 3° une ascite par modification pathologique des qualités du sang. » Quand j'aurai exposé ce que nous savons relativement aux causes de la maladie, on verra, en effet, que toutes les espèces d'ascites peuvent se ranger facilement sous ces trois chefs. J'ajoute, au reste, que ces divisions n'ont pas toute l'importance qu'elles paraissent avoir au premier abord; car, sauf l'ascite à laquelle on a donné le nom d'aiguë, de sthénique, d'hydropisie par irritation sécrétoire, etc., il n'en est guère qui présentent des indications particulières bien précises sous le point de vue du traitement, c'est-à-dire sous le rapport pratique. Je le répète, c'est surtout dans le paragraphe consacré aux causes que j'aurai à m'occuper de ces diverses variétés de l'hydropisie ascite.

§ I. — Définition; synonymie; fréquence.

On donne aujourd'hui le nom d'ascite à toute accumulation de sérosité dans le péritoine, mais dans le péritoine seulement. De cette manière on écarte les hydropisies enkystées, qui autrefois faisaient partie de l'ascite.

On a donné encore à cette affection les noms d'hydropisie du bas-ventre, ascite péritonéale, hydropéritoine, hydrophdomen, hydrogastre.

L'ascite ne doit pas être rangée parmi les maladies qui ont une grande fréquence; mais elle est loin d'être une maladie rare, car il n'est point de médecin qui n'ait assez souvent l'occasion de l'observer, et nous avons vu, dans plusieurs des articles précédents, qu'il est un assez bon nombre de maladies organiques de l'abdomen qui lui donnent naissance.

S II. - Causes.

Les causes de l'ascite sont assez difficiles à présenter. On ne peut pas, en effet. se contenter de les diviser en causes prédisposantes et en causes occasionnelles, car il y a des conditions organiques qui tiennent une grande place dans cette étiologie; et, d'un autre côté, les causes de certaines espèces sont tout à fait différentes de celles des autres. Exposons d'abord d'une manière générale ce qui peut être dit de plus précis relativement aux causes prédisposantes et occasionnelles; nous passerons ensuite aux conditions organiques qui sont de beaucoup les plus importantes.

R Causes prédisposantes.

Il est impossible d'indiquer d'une manière générale l'influence de l'âge; il saut

nécessairement établir des distinctions. C'est ainsi que nous voyons l'âge mûr ou l'âge avancé présenter le plus grand nombre de cas d'ascite par engorgement chronique ou lés ion organique des divers viscères de l'abdomen, et l'enfance, au contraire, offrir presque exclusivement des exemples d'ascite survenue à la suite des fièvres exanthématiques. Quant au sexe, nous ne connaissons rien de positif à ce sujet, si ce n'est que les femmes présentent parfois, pendant leur grossesse, des épanchements séreux du péritoine, coïncidence sur laquelle Ollivier, d'Angers, nous a donné de précieux renseignements (1), et dont il sera question plus tard.

Il est impossible de rien dire de précis sur l'influence de la constitution et du tempérament, car il faudrait d'abord savoir quelle est cette influence sur les diverses affections organiques qui président au développement de l'ascite. Il n'en est pas tout à fait de même relativement aux conditions hygiéniques. Depuis les premiers temps de la médecine, on a remarqué que les individus qui vivent dans des lieux humides, mal aérés, et qui ont une nourriture malsaine, sont sujets à l'ascite. Sans doute ces causes n'agissent qu'après avoir développé une des conditions organiques que nous indiquerons plus loin; mais elles n'en remplissent pas moins en définitive le rôle de cause prédisposante. On pourrait encore citer sous ce point de vue les fièvres intermittentes fréquentes et prolongées, à la suite deaquelles se développent des hydropisies sur lesquelles Hippocrate a particulièrement insisté, et dont j'aurai à reparler à propos des conditions organiques.

2° Causes occasionnelles.

Les causés occasionnelles sont variables suivant les espèces d'ascites. L'ascite qu'on appelée aiguë, sthénique, idiopathique, peut être occasionnée par une violence extérieure, un coup, une chute sur le ventre, et l'on peut alors lui donner le nom de traumatique. Mais cette ascite traumatique peut être produite aussi d'une manière indirecte. On a, en esset, cité des cas, et à l'article consacré aux maladies de la rate, j'en ai rapporté un remarquable, où la violence extérieure a en pour esset, non de produire immédiatement une sécrétion abondante de sérosité dans le péritoine, mais de donner lieu à l'engorgement chronique, soit du soie, soit de la rate, qui, à son tour, a été plus ou moins promptement suivi de l'épanchement de sérosité.

C'est à l'ascite sthénique et idiopathique que se rapportent presque exclusivement certaines causes, comme le refroidissement, le corps étant en sueur, la suppression d'un flux quelconque, l'influence de violents mouvements de colère, etc.; mais je n'insiste pas sur ces causes, parce que, d'une part, dans bien des cas, on n'a pas pu saire les recherches nécessaires, ainsi que le sait très bien remarquer Dalmas, pour s'assurer qu'il n'y avait aucun obstacle à la circulation, et que, de l'autre, ces divers points d'étiologie ont été étudiés très légèrement.

On voit parsois survenir chez des individus convalescents de la scarlatine une ascite qui présente les caractères de l'ascite sthénique. On a attribué alors aux infuences de la température une très grande importance; mais c'est un point sur lequel je reviendrai à l'occasion de cet exanthème.

A la suite d'hémorrhagies très abondantes et multipliées, on a vu quelque-

⁽¹⁾ Arch. gén. de méd.

fois survenir l'ascite; ici les pertes de sang étaient évidemment causes occasionnelles.

Je ne dois pas insister davantage sur cette partie de l'étiologie de l'ascite, ni indiquer d'autres causes occasionnelles, comme la suppression de l'urine, signalée par Rivière (1), l'abus des boissons aqueuses, etc., parce que les faits nous manquent complétement pour apprécier les assertions des auteurs anciens à ce sujet.

3° Conditions organiques.

C'est ici surtout que nous devons suivre la division qui a été établie plus haut. Et d'abord recherchons quelles sont les conditions organiques dans les quelles se produit la maladie à laquelle on a donné le nom d'ascite idiopathique.

Ascite idiopathique. Nous avons vu plus haut qu'on a élevé des doutes su l'existence même de cette espèce, et il faut convenir que les observations rapportérs par les auteurs ont été prises avec assez de négligence pour motiver ces incertitudes. Laissons donc la question indécise, et contentons-nous d'indiquer les opinions émises sur les causes organiques de ces ascites, qui, suivant la plupart des médecins, n'en connaissent pas d'autre qu'une altération du péritoine lui-même. Quelle est cette altération? Pour répondre, il faut nécessairement tenir compte de la division de l'ascite en sthénique et asthénique. Dans la première on a invoqué l'existence d'une irritation aiguë ou suraiguë du péritoine, et l'on s'est fondé principalement sur ce que quelques symptômes d'inflammation commençante, comme la douleur et un certain degré d'excitation générale, ont marqué le début de l'ascite. Mais rien ne prouve qu'il y eût réellement, dans tous les cas de ce genre. même un commencement d'inflammation. Dans un cas rapporté par M. Andral ?. entre autres, nous ne voyons autre chose qu'une sécrétion très rapide qui n'a pu se faire dans une cavité fermée sans occasionner un trouble douloureux des organes. Quant à la simple irritation, c'est un mot pour expliquer le fait d'une supersicrétion notable, et quoique cette explication paraisse très satisfaisante, il ne saut pas oublier qu'elle ne constitue pas une démonstration réelle. Au reste, nous ne trouvons dans tout cela rien qui nous apprenne quelles sont les modifications survenues dans le péritoine ou du moins dans le tissu sous-jacent. Depuis longtemp tout ce qu'on a dit relativement aux vaisseaux absorbants et exhalants est regardé comme non avenu, en sorte qu'il serait inutile d'en parler ainsi.

Si maintenant nous voulions exposer les conditions organiques de l'ascite idinpathique asthénique, nous serions encore bien plus embarrassés, on plutôt ce que
nous aurions à dire, c'est qu'on les ignore complétement. Mais a-t-on établi d'une
manière positive l'existence même de cette espèce d'ascite? Si l'on examine les
faits avec quelque attention, on voit qu'aux époques où elle a été admise, on ne
savait pas que quelques altérations particulières des veines, des reins, du sang,
donnent naissance à l'ascite, et que, n'ayant pas appris à découvrir ces altérations,
on regardait l'épanchement de sérosité comme une simple lésion sécrétoire. Anjourd'hui on ne pourrait pas citer un exemple d'ascite dite asthénique dans laquelle, après une exploration très attentive, on n'ait découvert aucune des altéra-

⁽¹⁾ Prax. med., lib. X1, De hydrope.

¹²⁾ Clin., t. II, p. 671.

tions que je viens d'indiquer. Cette question ne doit donc pas nous arrêter plus longtemps.

Ascite mécanique. C'est celle qui résulte d'un obstacle à la circulation ou d'un trouble notable dans l'accomplissement de cette fonction. Depuis longtemps les ascites dépendantes d'une affection du cœur avaient été signalées, et nous avons vu dans le troisième volume de cet ouvrage que la condition anatomique qui donne lieu le plus souvent à l'épanchement de sérosité dans le péritoine est un rêtrécissement des orifices. Dans l'histoire des Maladies du foie, j'ai dit comment les turneurs et les dégénérescences de cet organe donnent lieu à l'ascite. Les tumeurs des autres organes avoisinant les troncs veineux peuvent occasionner cette maladie. L'oblitération des veines produit cet esset, lorsqu'elle a lieu par quelque cause que ce soit. C'est ce que M. Bouillaud a parfaitement démontré (1), et par là il n'a pas peu contribué à restreindre le nombre des ascites regardées comme idiopathiques et essentielles. Dans une maladie du foie, la cirrhose, nous avons vu l'ascite se montrer presque constamment, et il semble au premier abord qu'on ne trouve pas, en pareil cas, d'altération anatomique qui rentre dans la catégorie que je viens d'indiquer. Mais le rétrécissement de la veine porte, la compression et l'effacement de ses radicules, qui ont été si bien démontrés dans les recherches modernes, nous ont fait voir que les choses se passent dans ces cas comme dans les précédents. Je pourrais multiplier ces considérations, mais qu'il me suffise de dire que partout où le sang veineux trouve de la difficulté à circuler, il tend à se débarrasser de sa sérosité dans les parties où il est forcé de s'accumuler, et de là l'ascite aussi bien que l'ædème.

Ascite par altération du sang. C'est encore là un sujet très délicat à traiter, car les recherches modernes, si intéressantes d'ailleurs, sur les altérations du sang dans les maladies, ne sont pas encore assez complètes sur ce point. Avant ces dernières années, on se contentait de dire qu'un sang trop séreux était une condition organique sous l'influence de laquelle se produisait facilement l'ascite. MM. Andral et Gavarret (2) ont été beaucoup plus loin, car étudiant les modifications des diverses parties constituantes du sang, ils sont arrivés à ce résultat que, dans des maladies où l'on n'avait constaté que l'état séreux de ce liquide, la condition organique qui seule pouvait donner lieu à l'hydropisie était la diminution de l'albumine du sérum. C'est surtout ce qui est remarquable dans la maladie de Bright, où les épanchements séreux sont si fréquents et si abondants.

Fant-il conclure de cela que, dans toutes les ascites où nous devons croire à l'existence d'une maladie du sang, la diminution de l'albumine est une altération constante et essentielle? Il serait sans doute prématuré de poser une conclusion aussi générale et aussi absolue avant la démonstration directe; mais les auteurs que je viens de citer ont si bien prouvé l'insuffisance de l'augmentation seule de la sérosité ou de la diminution des divers autres matériaux du sang pour produire les hydropisies, qu'il est permis de regarder leur manière de voir comme extrêmement probable. Disons cependant que les ascites dans lesquelles cette opinion n'a pas encore la sanction de l'expérience sont celles qui surviennent dans la fièvre in-

⁽¹⁾ Voy. Arch. gén. de méd., 1re série, 1823, t. II et V.

⁽²⁾ Voy. Recherches sur les modifications de proportion de quelques principes du sangi Paris, 1840. — Essai d'hématologie; Paris, 1843, in-8.

termittente, dans la scarlatine, dans les débilitations par une nourriture insuffisante, insalubre, par l'habitation dans un lieu malsain, etc. Il n'est pas douteux que les recherches qui se poursuivent avec ardeur sur ce sujet important ne viennent bientôt nous apporter de nouvelles lumières. En attendant, j'ai dû me borner à indiquer d'une manière générale l'état actuel de nos connaissances sur ce point.

§ III. - Symptômes.

Début. L'ascite a un début variable suivant ses dissérentes espèces, et c'est un point important à considérer. J'ai déjà dit que dans certaines hydropisies du péritoine, désignées sous le nom de sthéniques ou par irritation, on remarque, dans les premiers temps de la maladie, des douleurs qui parsois sont assez vives; c'est dans des cas de ce genre qu'il a été admis que l'ascite est consécutive à des symptômes de péritonite. Dans tout autre cas, l'accumulation de sérosité dans la cavité abdominale se fait sans douleur appréciable; cela est si vrai, que la plupart des malades ne s'aperçoivent de l'accroissement de volume du ventre qu'à une époque assez avancée, et lorsque leurs vêtements deviennent trop serrés. Il n'est pas de médecin qui n'ait vu des exemples de ce genre dans sa pratique. Une autre circonstance qu'il ne saut pas négliger de noter, c'est que tantôt l'apparition de l'ascite a lieu sans qu'il y ait aucun signe d'hydropisie dans les autres parties du corps, et tantôt les membres inférieurs, et plus rarement les membres supérieurs et la sace. présentent un œdème assez marqué avant que le liquide se soit accumulé dans la cavité péritonéale. Enfin il faut tenir compte des symptômes dus aux diverses maladies qui ont précédé l'ascite, car c'est par eux qu'on parvient ordinairement à déterminer à quelle affection est due cette hydropisie. Je reviendrai sur ces considérations quand j'exposerai le diagnostic.

Symptômes. Je viens de dire que la douleur existe dans un certain nombre de cas; mais ces cas ne sont pas, à beaucoup près, les plus fréquents. La douleur qui n'a point de siège déterminé dans l'abdomen, qui se fait vaguement sentir dans les diverses parties de son étendue, n'est ordinairement point forte. Cependant, chez les sujets qui la présentent, la pression est assez difficile à supporter dans certains points, et les mouvements sont pénibles.

L'augmentation de volume du ventre est plus ou moins rapide suivant les cas. Lorsque l'hydropisie est sthénique ou active, le volume de l'abdomen peut être très considérablement augmenté en peu de jours; dans le cas contraire, ce n'est que graduellement que ce développement a lieu. Le liquide s'accumule dans les parties déclives, il remplit d'abord le petit bassin et les flancs, puis repoussant les intestins vers l'ombilic, il occupe une partie considérable de la cavité péritonéale; alors se manifestent les symptômes que je vais indiquer.

Le ventre est élargi dans la région des flancs, et sa partie antérieure est déprimée, ce qui lui donne l'apparence du ventre des batraciens. Si néanmoins l'accumulation du liquide s'est saite très rapidement, la paroi abdominale, n'ayant pas été lentement distendue, et réagissant contre l'effort du liquide, c'est la partie la plus saible, c'est-à-dire la partie moyenne et antérieure, qui sait saillie, et l'abdomen paraît plutôt globuleux. La sorme aplatie du ventre est surtout remarquable lorsque la paroi abdominale a été préalablement distendue, comme dans les cas

où l'épanchement se reforme après une paracentèse. Alors les flancs débordent de chaque côté, et la ligne blanche est très déprimée, jusqu'à ce que l'épanchement soit devenu assez abondant pour la soulever fortement. Il n'est pas jusqu'aux fausses côtes et aux cartilages des dernières vraies côtes qui ne se trouvent repousses en dehors par l'accumulation du liquide lorsqu'elle est considérable. Alors la base de la poitrine, fortement élargie, semble faire partie de l'intumescence abdominale. On comprend du reste que cette altération de forme du ventre peut être différente lorsque des tumeurs très volumineuses occupent un point de cette cavité. C'est surtout au début que ces dernières donnent de l'irrégularité à la conformation générale, car plus tard le liquide, venant à les séparer de la paroi de l'abdomen, celui-ci se présente avec la forme qui vient d'être indiquée.

La tension de l'abdomen est en rapport et avec la rapidité de l'épanchement et avec son abondance. C'est ainsi que dans les ascites qui se sont produites très promptement, le ventre est rénitent et se laisse difficilement déprimer; tandis que dans celles qui se sont produites lentement, la rénitence ne devient notable qu'à l'époque où le liquide est très abondant, et encore n'atteint-elle pas ordinairement le même degré que dans le cas précédent.

Dans les ascites à marche aiguë, la peau de l'abdomen ne présente point d'altération très marquée; dans les ascites à marche chronique, au contraire, elle s'amincit, devient blanche, luisante, et offre en partie l'état qu'elle prend dans les œdèmes de longue durée. Il arrive même assez souvent que cet état de la peau a pour cause, outre la distension, une infiltration du tissu cellulaire sous-cutané dont on reconnaît l'existence à l'aide de la pression exercée par le doigt. Lorsque, par une cause quelconque, le liquide vient à diminuer ou à disparaître de la cavité abdominale, la paroi antérieure reste flaque si elle a été longtemps distendue, et la peau présente des éraillures semblables à celles qui restent sur le ventre des femmes après des couches nombreuses.

Un des signes les plus anciennement connus et les plus importants pour reconnaître l'existence de l'accumulation de sérosité dans le péritoine est la fluctuation; mais la fluctuation n'est évidente que dans les cas où le liquide est accumulé en quantité assez considérable, aussi ce que je vais dire ne s'applique-t-il qu'aux ascites déjà assez abondantes; nous verrons ensuite quels sont les signes qui font connaître la présence d'une petite quantité de liquide. L'our percevoir la fluctuation, on place la paume de la main sur un des flancs du malade, puis, avec l'extrémité des doigts de l'autre main, on frappe légèrement et rapidement sur l'autre flanc; on sent alors, sous la main qui reste fixe, la sensation d'un flot dû à l'ébran-lement du liquide, et de là le nom de fluctuation.

Lorsque la quantité de liquide n'est pas assez considérable pour que la fluctuation soit sensible de cette manière, on doit recourir au procédé indiqué par M. Tur-ral (1), et qui est exposé de la manière suivante par M. Dalmas (2): « Alors, pour percevoir la fluctuation, ce n'est plus d'un côté à l'autre qu'il faut chercher à la produire, mais dans le petit espace seul où l'on suppose qu'est rassemblé le liquide; pour cela, on percutera avec l'indicateur d'une main, à deux ou trois pouces de

⁽¹⁾ Journ. hebd., nº 82.

⁽²⁾ Loc. cit., p. 204.

celle que l'on tient appliquée; on peut même n'employer qu'une main, en percutant légèrement avec l'indicateur sur le point de la paroi abdominale compris entre le médius et le pouce. » Avec un peu d'habitude du procédé, on parvient à découvrir la fluctuation, alors même que le liquide n'est accumulé que dans les parties les plus déclives.

Percussion. Dans quelques cas cependant l'existence de l'épanchement ne peut être bien démontrée que par la percussion; si celle-ci est convenablement pratiquée, on arrive à découvrir la présence du liquide en notant l'existence de la matité dans le lieu qu'elle occupe dans la position ordinaire du malade, et en constatant son déplacement dans les divers changements de position. Si, en ellet, ainsi que l'a indiqué M. Piorry (1), on commence à percuter dans une partie toisine de l'ombilic, on obtient un son clair, dû à la présence des gaz dans l'intestin, qui est, comme nous l'avons dit plus haut, repoussé vers l'ombilic et l'épigastre; puis, en descendant vers les flancs, on arrive à une ligne où le son, sans être complétement mat, devient obscur : c'est la ligne de niveau du liquide; et enfin, à mesure qu'on descend, la matité devient plus complète.

Si ensuite on fait coucher le malade sur un côté, et qu'on percute le côté opposé, on voit que la matité y est remplacée par une sonorité marquée, parce que le liquide, obéissant à la pesanteur, s'est porté dans le flanc déclive, et, soulevant la masse intestinale, l'a portée vers le flanc devenu supérieur; de plus, en percutant ce dernier point, on voit que le niveau du liquide s'y est élevé d'une quantité notable, par suite de l'adjonction de la sérosité qui occupait antérieurement le flanc opposé. On peut varier ces expériences de diverses manières, et, en ayant soin de marquer sur la peau la ligne du niveau du liquide, on arrive à des résultats très précis.

La percussion ne doit pas être négligée, alors même que le liquide est en quantité considérable; car, ainsi que nous le verrons plus tard, elle fournit des éléments de diagnostic plus précis qu'aucun autre procédé, et fait reconnaître la situation. l'étendue de l'épanchement et le rapport des organes entre eux. C'est par elle qu'on constate très bien que l'intestin (son clair) s'est porté vers l'ombilic et un peu audessus; que le liquide (son de plus en plus mat vers les parties déclives) occupe les autres points de l'abdomen, et que ce liquide est mobile (changement du niveau de la matité dans les diverses positions du malade).

Outre cet avantage de faire reconnaître la présence d'un épanchement peu considérable de sérosité dans le péritoine, les procédés de MM. Tarral et Piorry en ont un autre non moins grand, qui est de permettre de suivre les progrès de cet épanchement, et la percussion surtout, en établissant d'une manière rigoureuse le niveau du liquide, conduit à des résultats précieux. En pareil cas, il est important

ais il est bien rare que l'interposition du doigt ne ne détermination précise; la très grande flaccidité seule s'y opposer.

de la percussion avaient été indiqués, quoique stan (2), à l'occasion du diagnostic de l'hydro-

1828, in-8. - Traité de diagnostic et de séméiolope

pisie péritonéale et de l'hydropisie enkystée des ovaires. J'y reviendrai un peu plus loin.

Chez un certain nombre de sujets, des modifications remarquables se produisent dans la circulation veineuse abdominale. M. Reynaud (1) a signalé d'une manière plus précise qu'on ne l'avait fait jusqu'à lui le développement très notable des veines qui rampent dans les parois de l'abdomen; ces veines, en esset, deviennent apparentes sous sorme de larges cordons bleuâtres, et elles sont parsois doublées et même triplées de volume. Il résulte des recherches de M. Reynaud que cet état est surtout remarquable dans les cas où la circulation est gênée dans la veine porte : et. d'après cet auteur, la dilatation des veines indique les essorts de l'organisme pour établir une circulation veineuse supplémentaire. On doit tenir compte de ce signe; mais cependant il ne saut pas oublier que, soit par suite de la distension de l'abdomen, soit par suite de la gêne qu'éprouve la circulation de la veine cave ellemême, les veines abdominales superficielles se présentent presque toujours avec un degré de développement marqué, et deviennent plus ou moins apparentes. Dans les cas cités par M. Reynaud, ce n'est pas seulement les veines de la paroi abdominale qu'on voyait à cet état de dilatation, mais encore celles qui rampent dans les parois de la poitrine, et quelques veines profondes; de telle sorte que la circulation collatérale avait pris un haut degré d'activité.

Tels sont les signes locaux de l'ascite. Du côté de la respiration, on ne remarque des symptômes bien tranchés que dans les cas où l'accumulation du liquide est très considérable; alors, le diaphragme étant repoussé vers la cavité pectorale, on observe une dyspnée plus ou moins prononcée. C'est surtout dans le décubitus dorsal que cette dyspnée se manifeste, parce qu'alors la moitié postérieure du diaphragme devient une des parties déclives; aussi les malades sont-ils obligés de se tenir presque assis dans leurs lits.

La circulation générale ne présente rien de bien remarquable, à moins que la maladie sous la dépendance de laquelle s'est produite l'ascite ne donne lieu à un monvement sébrile, ou que, l'assection étant très avancée, la mort devienne prochaine. On a même remarqué qu'en général le pouls est plutôt ralenti qu'accéléré.

De tout temps on a attaché une assez grande importance à l'examen des wines dans le cours d'une hydropisie ascite. Malheureusement on a étudié cette question d'une manière trop générale, et sans tenir compte des cas particuliers; on sait cependant qu'il n'est pas indifférent de savoir si la maladie est sous la dépendance d'une affection du foie ou de toute autre, puisque, dans les maladies du foie, les urines présentent si souvent des caractères tout particuliers. Contentone-nous donc de dire qu'en général les urines sout rares, en petite quantité, fortement colorées et chargées de dépôts assez abondants. Je renvoie aux articles consacrés aux Maladies du foie et à la Maladie de Bright pour la description des urines dans ces divers états morbides.

Du côté des voies digestives, on trouve nécessairement des symptômes très divers, suivant les cas. Disons encore, d'une manière générale, que les digestions sont pénibles, que parsois on observe des nausées, des vomissements, des alternatives de diarrhée et de constipation, que l'appétit est altéré, capricieux; en un

⁽¹⁾ Journ. hebdomadaire de médecine ; Paris, 1829, t. IV, p. 137; t. V, p. 173.

mot, qu'il y a presque tonjours des troubles digestifs assez marqués, ce qui peut être dû aussi bien à la maladie primitive qu'à la gêne qu'éprouve le tube digestif par suite de sa compression et de son déplacement. La soif est quelquesois vive; souvent elle n'est pas augmentée, à moins que le malade ne soit parvenu au dernier degré de la maladie. La prétendue soif insatiable des hydropiques est une erreur que certaines théories médicales ont propagée.

Du côté du système nerveux, on remarque un assaiblissement notable qui va toujours croissant, et qui est dû ordinairement aussi bien aux progrès de la maladie primitive qu'à ceux de l'ascite. On note parsois des lypothymies, des syncopes, de l'accablement, de l'assoupissement; mais ces phénomènes se manisestent principalement à une époque voisine de la mort.

La maigreur faisant sans cesse des progrès dans les ascites chroniques, il en réstite qu'à une certaine époque de la maladie on observe le contraste le plus frappant entre le développement de l'abdomen et la ténuité des autres parties du corps. Ce contraste se fait surtout remarquer aux extrémités, lorsqu'elles ne sont pas infiltrées de sérosité; mais l'infiltration existe très fréquemment, surtout aux extrémités inférieures qui, dans beaucoup d'affections, et surtout dans les affections du sceur, sont cedématiées avant que le liquide s'accumule dans le péritoine.

La peau se fait remarquer par sa sécheresse et son aspect terreux partout où il n'y a pas d'œdème. Quelquesois elle présente des ecchymoses et des taches brunâtres.

Tels sont les symptômes dans la plus grande partie du cours de la maladie. Lorsque la terminaison fatale devient prochaine, les digestions se troublent de plus en plus, le pouls devient petit; serré, accéléré; c'est alors surtout que la faiblesse est marquée, que l'assoupissement et l'oppression font des progrès; qu'on remarque les lipothymies et les syncopes, jusqu'à ce qu'enfin les malades succombent après une agonie plus ou moins longue.

Il est un accident qui mérite d'être mentionné: c'est la rupture de la paroi abdominale, par suite de sa distension et de son amincissement extrême. Il se fait ators une crevasse, qui a principalement pour siége la ligne blanche et même l'ombilic, surtont dans les cas de hernie ombilicale, et le liquide s'écoule continuellement. Cette rupture n'a ordinairement d'autre effet que de suspendre les signes de suffocation, et ne change rien à la marche de la maladie. On a cité cependant quelques cas où non seulement les principaux symptômes ont été améliorès, mais encore la guérison a eu lieu. On a vu, à la suite de la paracentèse, la piqure rester ouverte, ce qui constitue un cas analogue. Quelquesois, l'œdème des extrémités insérieures étant devenu très considérable, c'est aux jambes que se sont les éraillures par où s'écoule la sérosité, et cet écoulement ayant eu parsois les bons résultats que je viens d'indiquer, on a par des incisions cherché à smiter cette rupture. J'en parlerai dans l'exposé du traitement.

M. le docteur Hulcis (1) à cité un cas dans lequel une ascite indépendante de toute altération organique se dissipa au cinquième accès d'une sièvre intermittente. Pendant la période algide, il y avait une divrèse extrêmement considérable, à laquelle il saut attribuer la disparition de l'ascite. Si donc un pareil cas

⁽¹⁾ Annales et Bull. de la Soc. de méd. de Gand, mars 1847.

venaît à se présenter, il ne faudrait pas se hâter de couper la sièvre : on destrait attendre que l'hydropisie eut complétement disparu.

§ IV. — Marche; durée; terminatron de la:maladie.

La marche de l'ascite est très différente suivant les cas. Nous avons vu plus haut que, lorsqu'elle présente les caractères qui lui ont fait donner les noms de sthémique où active, sa marche peut être très rapide : l'épanchement se forme promptement et peut se dissiper de même. Cépendant la résorption est toujours beaucoup plus lente que l'accumulation, excepté dans quelques cas où l'on a vu, à la suite de flux considérables, se dissiper en peu de jours une ascite existant déjà depuis un temps assez long. J'aurai occasion de rappeler ces cas à propos du traitement. Lorsqu'il y a une lésion organique ou une altération du sang, il arrive fréquemment que l'épanchement de sérosité qui se forme lentement ne se résorbe plus; cependant ce n'est pas là une règle sans exception : dans les maladies du cœur, on a vu quelquefois l'ascite se produire et se dissiper à plusieurs reprises; et les choses peuvent se passer de même, ainsi que nous le constaterons plus tard, dans l'ascite dépendante de la maladie de Bright.

On voit par là qu'il est impossible de rien dire de précis sur la durée de la maladie; elle est tellement variable suivant les cas, que tout ce qu'il importe de savoir, c'est qu'on l'à vue se prolonger beaucoup; cependant on doit élevér des doutes sur l'exactitude du diagnostic de ces cas où l'ascite aurait, suivant quelques auteurs, persisté pendant dix, quinze, vingt ans et plus. On ne doit pas oublier, en ellet, que, jusqu'à une époque qui n'est pas très éloignée, une hydropisie enkystée de l'ovaire était presque toujours confondue avec l'ascite. J'aurai à revenir sur ce point à l'occasion de la paracentèse.

Il est rare que la terminaison funeste puisse être rapportée uniquement à l'influence de l'ascite. Presque toujours, en esset, cette terminaison, qui est la plus sréquente, est le résultat des progrès de la maladie organique dont l'ascite n'est qu'une conséquence. Cependant il saut reconnaître que l'épauchement péritonéal, en génant le jeu des organes thoraciques et abdominaux, tend à accélérer cette terminaisén mortelle; c'est surtout lorsque l'épanchement est très abondant qu'il a cet esset. Il n'est pas extrêmement rare de voir des ascites se terminer par la guérison; celles qui sont dans les conditions les plus savorables pour que ce résultat soit obtents sont l'ascite active ou par irritation, celle qui succède à la scarlatine, et relles qui sont consécutives à un appauvrissement du sang.

SV. - Lésions anatomiques.

Si, comme nous dévons le faire, nous mettons de côté les fésions appartenant à la maladre qui a donné naissance à l'ascite, nous ne trouverons qu'un petit nombre d'altérations qu'il importe réellement de connaître.

Dans le cas où il a existé une hydropisie active, et où le malade a promptement succombé, on ne trouve autre chose qu'une accumulation plus ou moins considérable de sérosité citrine, le péritoine se présentant avec des caractères normaux: Mais, lorsque l'affection est ancienne, ce qui est le cas de beaucoup le plus fréquent, on note la blancheur, l'épaississement, l'opacité de la membrane périto-

néale; c'est une espèce de macération qui a été principalement signalés par M. Bouillaud. Parfois aussi cette membrane présente des plaques laiteuses, et dans quelques points un petit nombre d'adhérences qui sont étrangères à l'affection qui nous occupe, ou qui sont le résultat d'une complication inflammatoire. On a trouvé quelquefois une couche albumineuse mince sur le péritoine. En rapprochant ce fait du résultat des recherches de M. Delaharpe (1), il est permis de regarder cette couche comme un simple dépôt de la matière albumineuse contenue dans le liquide épanché. Quant aux autres lésions du péritoine et des organes qu'il recouvre, elles sont très variables et n'auraient point d'intérêt réel pour nous.

La quantité de liquide contenu dans le péritoine est très différente suivant les cas.

Chez quelques sujets dont le ventre était extraordinairement dilaté, on a trouvé jusqu'à 50 et même 100 kilogrammes de sérosité; ordinairement la quantité en est beaucoup moins considérable. Les quantités du liquide ne sont pas moins variables. Parfois on trouve seulement une sérosité limpide plus ou moins incolore ou plus ou moins colorée en jaune; parfois on voit nager dans cette sérosité des flocons albumineux plus ou moins abondants; et parfois enfin le liquide est épais, d'une couleur qui varie du jaune au roux et au brun. Ordinairement l'odeur que répand ce liquide est simplement fade, parfois elle est nauséabonde, et quelque-fois enfin elle a une fétidité très marquée; dans ce dernier cas, il existe souvent une lésion des organes qui a communiqué l'odeur à la sérosité. Quelquefois cependant il suffit d'une paracentèse antérieure pour que le liquide inodore, ou presque inodore d'abord, acquière ensuite une fétidité marquée.

Enfin on observe dans la paroi abdominale l'amincissement des muscles, la distension des aponévroses, l'écartement de leurs fibres, les éraillures de la peau, et parfois une dilatation des anneaux fibreux qui a permis à diverses hernies de se former.

§ WZ. - Diagnostic; pronostic.

En donnant la description des symptômes propres à l'ascite, j'ai établi le diagnostic positif de cette affection; il serait, par conséquent, inutile d'y revenir ici, et je me bornerai à présenter son diagnostic différentiel, ainsi que le diagnostic des causes organiques qui la produisent.

Une affection que l'on peut facilement confondre, et que l'on a très longtemps confondre avec l'hydropisie ascite, est l'hydropisie enkystée des ovaires. Voici le moyen de distinguer ces deux épanchements. Nous avons vu que dans l'ascite (et dès 1826, M. Rostan avait insisté sur ces caractères), il existe un son tympanique dans un espace compris entre l'épigastre et une ligne courbe qui, partant d'un certain point du rebord des fausses côtes, se porte plus ou moins hant sur la

essus de l'ombilic. En liquide varie avec elle, it repoussés d'un côté enne et supérieure de le côté opposé ; si l'on le même état. Enfin, comme, dans l'hydropisie enkystée de l'ovaire, les parois du kyste ont presque toujours une épaisseur assez considérable, la matité s'y trouve plus grande que dans l'épanchement péritonéal. En outre, si l'on interroge avec soin le malade, on parvient à découvrir que la maladie a commencé par une tumeur d'abord peu volumineuse, circonscrite dans une des fosses iliaques. Il est bien rare que ces signes différentiels ne suffisent pas pour lever tous les doutes.

Les mêmes considérations s'appliquent à l'hydropisie enkystée du péritoine; mais j'y reviendrai dans l'article suivant.

On a encore cité, comme pouvant donner lieu à des erreurs de diagnostic, l'accumulation d'eau dans la savité utérine ou hydrométrie. Pour éviter ces erreurs, il faudra avoir égard aux résultats de la palpation et de la percussion, ainsi qu'au trouble des fonctions de l'utérus, et à l'examen par le toucher vaginal et rectal.

Dans l'hydrométrie commençante, on trouve une tumeur occupant seulement la partie moyenne de l'hypogastre et donnant lieu à une matité à convexité supérieure, tandis que la matité de l'ascite est précisément en sens inverse; de plus, les fosses iliaques restent encore sonores, tandis que cette matité remonte à plusieurs travers de doigt au-dessus du pubis, et ce caractère, s'il est bien constaté, suffit pour assurer le diagnostic. A une époque où la maladie est plus avancée, la matrice peut être assez développée pour que ces signes diagnostiques soient beaucoup moins précis; cependant, avec un peu d'attention, on les découvre encore, et de plus on constate que les menstrues sont supprimées, que le col de la matrice est plus ou moins effacé; enfin, à l'aide du toucher rectal, on distingue la distension considérable et la pesanteur du corps de cet organe.

Il paraît difficile, au premier abord, de prendre pour une ascîte une simple grossesse utérine; cependant c'est ce qui est arrivé, et l'on ne peut douter que quelquesois le diagnostic ne présente quelques difficultés. On aura recours, pour l'établir, aux mêmes signes physiques que je viens d'indiquer pour l'hydrométrie, et en outre on constatera par l'auscultation le bruit placentaire et les doubles battements du cœur du fœtus, et, par l'exploration de l'utérus, le ballottement qui ne laissera aucun doute sur l'existence de la grossesse.

Quelquesois on a pris pour une hydropisie ascite une simple rétention d'urine. Il sussit presque de signaler la possibilité de cette méprise pour la saire éviter. Cependant j'indiquerai un moyen bien simple qui consiste dans le cathétérisme, parce que, quand il s'agit de diagnostic, on ne doit rien négliger.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° Signes distinctifs de l'ascite et de l'hydropisie enkystée des ovaires.

ASCITE.

Abdomen plus ou moins aplati.

Son tympanique dans un espace compris entre une ligne contournant l'ombilic et l'épigastre.

Matité d'autant plus grande qu'on s'éloigne de cet espace et qu'on s'approche des parties déclives.

Changement de rapports de la sonorité et

HYDROPISIE ENKYSTEE DES OVAIRES.

Abdomen quelquefois irrégulier, généralement globuleux.

Son tympanique dans le côté du ventre opposé à celui de l'ovaire malade.

Matité plus considérable; à peu près égals dans toute l'étendue du kyste.

Point de changement de rapports estir la

de la matité quand un fait changer la position | matité et la sonorité dans les changements de **du m**alade.

Fluctuation généralement plus facile.

position.

Fluctuation généralement moins facile.

2º Signes distinctifs de l'ascite et de l'hydremétrie.

ASCITE.

Matité à concavité supérioure autout de l'ombilic.

Au début, les flancs et les fosses iliaques donnent un son mat, l'hypogastre conservant sa soporité.

Les menstrues peuvent persister. Le col de la matrice reste normal.

· Par le toucher rectal on constate que le varps de l'uiérus est à l'état normal.

HYDROMÉTRIS.

Matité à convexité supérieure.

Au début, les flancs et les fosses iliaques donnent un son clair, l'hypogastre donnant un son mat.

Menstrues supprimées.

Col de l'utérus effacé.

Par le toucher rectal on constate que le corps de l'ulérus a augmenté de volume.

3º Signes distinctifs de l'ascite et de la grossesse.

ASCITE.

Outre les signes précédents :

Absence du bruit placentaire et des doubles haitements du opeur du factue.

.. On ne peut oblenir le ballottement.

GROSTESE.

Outre les signes précédents: Bruit placentaire, doubles battements du cœur et du fætus.

Ballottement.

Il nous reste maintenant à chercher quels sont les signes qui servent à déterminer les conditions organiques sous l'influence desquelles se produit l'ascite.

Si nous envisageons d'abord l'ascite active, sthénique, nous voyons qu'il est souyent bien difficile de s'assurer de son existence, du moins si sous ces dénominations on veut entendre un épanchement de sérosité dû uniquement à une augmentation d'activité des fonctions sécrétoires du péritoine. On sera néanmoins porté à admettre que les choses se sont passées ainsi dans les cas où, sous l'influence d'une violence extérieure, des diverses variations de la température, de l'ingestion de l'eau froide, on aura vu survenir l'ascite avec un certain cortége de symptômes inflammatoires, tels que l'accélération du pouls, la douleur du ventre, la chaleur, etc.

Il est, en général, très facile de s'assurer que l'ascite est la consequence d'un exanthème qui a plus ou moins complétement disparu. Ces maladies, en esset, étant connues de tout le monde, et ayant des caractères extérieurs bien tranchés, ne passent guère inaperçues. Majs il est des cas où l'éruption a été peu abondante, irrégulière, ou même a manqué complétement; le médecin doit alors s'enquérir de tous les antécédents du malade, et examiner avec soin toutes les parties du corps. S'il appreud qu'avant l'apparition de l'ascite il a existé une sièvre intense, avec mal de gorge, il soupçonnera l'existence d'une scarlatine, qui est, comme on sait, l'assection cutanée dans la convalescence de laquelle se produit le plus souvent cette hydropisie; il ne conservera aucun doute, si dans les divers points do corps, et surtout au milieu des articulations, il trouve la desquamation propre à l'exanthème.

Dans la plopart des cas, il n'est pas très difficile de reconnaître quelle est la 'lésion organique qui donne lieu à l'ascite. Cependant il en est quelques uns où l'on peut éprouver de grandes difficultés. Yoyans comment, dans les principaux, on peut arriver au diagnostic.

Dans les maladies du cœur, les extrémités inférieures, ainsi que nous l'avons constaté, se prennent les premières, et de plus, nous devous rappeler que les affections de cet organe dans lesquelles l'hydropisie est portée assez loin pour qu'il y aitune ascite sont les rétrécissements des orifices, et plus rarement la simple hypertrophie. Or ces affections donnent lieu à des signes locaux qu'il serait inutile de reproduire ici, mais que le praticien doit avoir toujours présents à l'esprit (1).

L'ascite qui est due à l'oblitération de la veine cave est également précédée d'une infiltration des membres inférieurs; mais les symptômes locaux que je vient de rappeler manquent en pareil cas du côté du cœur, à moins de complication; et en outre, comme c'est presque toujours par des tumeurs volumineuses que la veine cave est oblitérée, on a, pour confirmer le diagnostic, les signes auxquels celles-ci donnent lieu.

Les maladies du foie qui produisent l'ascite n'agissant ordinairement que sur les extrémités hépatiques de la veine porte, il en résulte que la circulation veineuse abdominale est seule gênée, et que l'ascite s'y manifeste avant qu'aucun signe d'hydropisie se soit montré dans un autre point du corps. Quelquesois cerpendant la veine cave peut se trouver comprimée par suite du développement de tumeurs volumineuses, et alors il y a une complication qui jette de l'obscurité sur le diagnostic. Le développement très considérable des veines abdominales est, comme pous l'avons vu, un résultat des maladies du soie, qui oblitèrent plus on moins les ramissications de la veine porte, et c'est par conséquent un signe utile pour le diagnostic.

N'envisageant ici la question que sous le point de vue général, je ne dois pas rechercher quels sont les signes auxquels on reconnaît que l'ascite est due à telle ou telle maladie du soie. Sous ce rapport, je dois me contenter de renvoyer le lecteur aux descriptions contenues dans la première partie de ce volume.

L'ascite qui est due à la maladie de Bright est précédée sréquemment par un œdème de diverses parties du corps. Lorsqu'il en est ainsi, on ne peut guère avoir de doute sur l'existence de l'altération particulière des reins qui caractérise cette maladie; mais ce signe ne se rencontrât-il pas, on en trouverait, dans la présence de l'albumine dans les urines, un autre qui lèverait les difficultés.

Enfin les hydropisies dues à l'appauvrissement du sang seront reconnues à l'état de langueur des individus, aux mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles ils se seront trouvés, aux pertes de sang abondantes et multipliées qu'ils auront éprouvées, aux bruits de sousse dans les vaisseaux, et surtout à l'absence des conditions organiques qui viennent d'être mentionnées.

Il faut convenir, en terminant, que, malgré la plus scrupuleuse attention, on peut, dans quelques cas et à certaines époques de la maladie, être fort embarrassé pour savoir quelle est la véritable cause organique de l'ascite; mais il est bien rare qu'en suivant la marche de la maladie on n'arrive pas d'une manière précise à ce diagnostic.

Pronostic. Après ce que j'ai dit de la terminaison, un mot suffit pour le pro-

^{1;} Voy. 1. 11, Maladies du caur.

nostic. L'espèce d'ascite la moins grave est l'ascite dite sthénique; vient après l'ascite par appauvrissement du sang. La plus grave est celle qui résulte d'un obstacle mécanique à la circulation.

§ VII. — Guérison spontanée de l'ascite.

Avant d'exposer le traitement, je dois dire quelques mots d'une terminaison que je n'ai fait qu'indiquer plus haut. Elle nous sera connaître, en esset, certains phénomènes critiques qui doivent mettre sur la voie des indications principales. Je veux parler de la guérison spontanée de l'ascite, sur laquelle M. Mondière (1) a sait des recherches intéressantes.

Ce médecin a cité un assez grand nombre de saits empruntés aux divers recueils, et desquels il résulte que l'ascite peut disparaître à la suite de certains sux abondants survenus plus ou moins rapidement. Ces diverses crises sont les suivantes :

- 1° Crises par les urines. Ce sont de beaucoup les plus fréquentes. La quantité d'urine rendue est très considérable: c'est ainsi que chez une femme observée par M. Mondière, il y eut une excrétion d'urine qui s'éleva à trente pintes en soixante-douze heures, et que chez une autre, dont J. Penada (2) nous a donné l'histoire, la quantité de liquide fut de 384 livres en quatre-vingt-seize heures. On pourrait multiplier ces exemples. En 1834, M. Graves en a publié un (3) fort remarquable.
- 2º Crises par le vomissement. Les faits de ce genre sont plus rares, mais plus curieux. M. Mondière en rapporte plusieurs, empruntés à l'ancien Journal de médecine et à l'ouvrage de Bacher (4). On se demande, en les lisant, s'il ne s'agit, en pareil cas, que d'un simple vomissement, ou s'il y a eu communication de la cavité du péritoine et des poumons à travers le diaphragme: ce qui ne paraîtra pas improbable, si l'on se rappelle que des perforations semblables donnent lieu à l'écoulement au dehors de plusieurs abcès de l'abdomen. Toutesois ce ne sont là que des suppositions.
- 3° Crises par les selles. Dans quelques circonstances, et l'on en trouve des exemples non seulement dans les auteurs anciens, mais encore dans les recherches récentes (5), des selles aqueuses extremement abondantes ont fait disparaître en peu de jours des ascites considérables qui avaient résisté à un grand nombre de moyens.
- 4° Crises par les sueurs. C'est ordinairement par des sueurs générales, d'une abondance extrême, que se produisent les crises de ce genre. Je me bornerai à citer pour exemple une observation de M. Bricheteau (6), dans laquelle on voit une ascite active se terminer spontanément de cette manière. M. Mondière en rapporte plusieurs autres.
- 5° Crises par la salivation. Les cas de ce genre sont beaucoup plus rares. M. Mondière n'en a trouvé qu'un cité par Fabre (7).
 - (1) Journal l'Expérience, t. VII, p. 417 et 432.
- (2) Saggio d'osservaz.; Padoue, 1793.
 - (3) Extrait dans Arch. gen. de méd., 2° série, t. VI, p. 559.
 - (4) Recherches sur les hydrop.; Paris, 1776.
- (6) Voy. Dict. de méd. et de chir. pratques, i. X, obs. de M. Martin-Solon; ANDRAL, Thès. pour l'agrég., Ann. univers. di med.; mai 1840.
 - (6) Arch. gén. de méd., 1^{ro} série, t. XXX, 1832.
 - (7) Obs. de chir.; Avignon, 1778.

6- Crises par écoulement vaginal. Les crises de ce genre les plus remarquables sont celles qui déterminent la guérison de l'ascite chez les semmes grosses. Désormeaux (1) en a vu plusieurs exemples. Mais n'y a-t-il pas eu parsois rupture d'un point du vagin?

7° Crises par des surfaces sécrétoires accidentelles. Quoique M. Mondière ait rapporté et cité plusieurs faits très curieux qui prouvent que des sux critiques peuvent avoir lieu par des blessures de la langue ou de toute autre partie du corps, on doit considérer ces cas comme entièrement exceptionnels, saus cependant conx dans lesquels la surface suente résulte de scaristications; mais nous aurons à en parler dans le paragraphe suivant.

8° Enfin on a vu des ascites disparaître très promptement sans évacuation critique; mais je me borne à mentionner le sait, parce qu'il ne peut évidemment nous sournir aucune indication thérapeutique.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur ces divers flux critiques, nous voyons que les principaux sont, sans contredit, ceux qui ont lieu par les urines, par les selles, par le vomissement et par les suents; or, de tout temps, on a trouvé dans ces saits des indications capitales, sur lesquelles on a, comme on va le voir, sondé les principes du traitement.

§ VIII. - Traitement.

Il est inutile de suivre, dans l'exposé du traitement, la division que j'aie établie plus haut. Il suffira, à propos de chaque indication, de dire à quelle espèce d'ascite elle convient plus particulièrement.

Émissions sanguines. Les émissions sanguines ne sont guère mises en usage que dans les cas où l'ascite a débuté par des symptômes aigus, et dans l'ascite traumatique. Ce sont là les hydropisies par irritation, signalées principalement par Broussais et Boisseau. S'il y a de l'excitation générale, une dureté du pouls un peu marquée, de la chaleur à la peau, on n'hésite pas à pratiquer la saignée générale et à la renouveler si le cas paraît l'exiger. Lorsque les douleurs du ventre sont vives, on a particulièrement recours aux sangsues appliquées sur l'abdomen ou à l'anus, et qu'on peut remplacer par des ventouses scarifiées. Je n'en dirai pas davantage sur un moyen dont tout le monde comprend facilement l'application.

Diurétiques. Il n'est pas d'espèce d'ascite qui ne soit traitée par les diurétiques. Ces médicaments sont donnés ordinairement à l'intérieur, mais on les a aussi appliqués à l'extérieur. Il importe donc de les considérer dans ces deux modes d'administration.

1° Diurétiques à l'intérieur. La scille, sous différentes formes, a été administrée depuis longues années dans les diverses hydropisies, sans en excepter l'ascite. La préparation qui convient le mieux est l'oxymel scillitique (vinaigre scillitique, 1 partie; miel, 2 parties) qu'on donne à la dose de 10 à 30 grammes dans un ou deux pots de tisane. Le docteur Demangeon (2) conseillait d'employer concurremment la scîlle avec le calomel dans les ascites par affection du foie. Nous retrouverons cette substance dans plusieurs préparations.

⁽i) Dict. de méd., t. XVIII.

²⁾ Rec. périod, de la Société de médecine de Paris, an XIV.

La digitale est un médicament plus fréquemment employé encore. On pourrait citer un grand nombre d'auteurs qui, depuis Brastrup (1), l'ont administré sous les formes les plus diverses. Cette substance agit non seulement comme diurétique, mais encore comme sédatif de la circulation; aussi est-ce dans les cas d'ascite par affection du cœur qu'on l'a particulièrement prescrite. On trouve dans le Formulaire de M. Foy la tisape suivante :

2 Digitale fraiche...... 8 gram. | Sucre blanc...... 16 gram.

Triturez le tout ensemble, et versez dans:

Eau bouillante..... 1000 gram.

Passez. Ajoutez:

A prendre par petites tasses, dans la journée.

On donne encore ce médicament en poudre à la dose de 10 à 40 et 50 centigrammes, graduellement, et avec beaucoup de précaution chez l'adulte, et à celle de 1 à 10 centigrammes chez les enfants. On le fait aussi entrer dans plusieurs préparations dont j'indiquerai quelques unes plus loin.

Il est un médicament qui a été particulièrement vanté, c'est la racine de caînça. Suivant MM. François et Caventou, le principe actif de cette racine est éminemment diurétique, et la diurèse augmente à mesure qu'on continue son administration. M. Fouquier prescrit ce médicament ainsi qu'il suit :

Gomme en poudre..... 1,50 gram. Sirop de miel..... Q. 4-

Pour un électuaire. A prendre la dose entière, une ou deux sois par jour.

On donne encore le vin de çaînça fait comme il suit :

Faites macérer pendant huit jours; filtrez. Dose : de cinq à dix cuillerées et plus dans la journée.

On emploie fréquemment les bourgeons de sapin, qui sont principalement donnés sous forme de tisane. La tisane suivante, dans laquelle entre le nitrate de potasse, est fort usitée :

Faites infuser dans:

Eau..... 1000 gram.

Passez. Ajoutez:

Vin blanc..... 250 gram. | Nitrate de potasse..... 1 gram.

Il n'est pas jusqu'à l'urée (Laënnec) et aux cantharides qui n'aient été administrées dans le but de guérir l'ascite. Mais nous n'avons que des notions trop vagues sur l'action de ces médicaments en pareil cas, pour qu'il soit ntile d'en parler en détail.

M. le docteur Mazade (2) a cité des cas de guérison par le nitrate de potasse à la dose de 8 à 16 grammes en solution. Ces faits prouvent que dans certaines cir-

⁽¹⁾ Act. reg. Soc. med.; Havn. 1701.

⁽²⁾ Bull. gén. de thér., mars 1847.

constances ce traitement est très efficace; mais comme d'un autre côté on a vudes morts subites survenir pendant l'administration du nitrate dans le rhumatisme, que peut craindre un pareil accident dans les cas d'ascite, ce qui rendra très réservé dans l'emploi de ce moyen.

M. le docteur Forget, de Strasbourg (1), a cité un cas d'ascite consécutive à une péritonite qui, après avoir résisté aux purgatifs et aux diurétiques de toute espèce, se dissipa sous l'influence de l'acétate de potasse, administré comme il suit :

```
A prendra dans la journée.
```

L'action de ce médicament sut secondée par des frictions avec la teinture de stille et de digitale sur l'abdomen, et par l'infusion de genièvre pour tisane.

Je pourrais encore citer un grand nembre de diurétiques, tels que l'extrait d'asperges, le sirop de pointes d'asperges, etc.; mais il suffit de les indiques pour que chacun en trouve facilement l'application. Il est préférable de donner la formule de quelques médicaments diurétiques composés dont l'usage a été reconnu utile.

Vin diurétique anglais.

```
Racine de zédoaire..... 8 gram. Squames sèches de scille... 8 gram. Rhubarbe en poudre..... 8 gram. Baies de genièvre broyées... 44 4 gram.
```

faites macérer dans un litre de vin blanc vieux; et filtrez. Dose : trois eu quatre terres par jour.

Potion diurétique.

Pages. Ajoutes:

Oxymel scillitique..... 16 gram, | Sirop d'éther..... 32 gram.

A prendre par cuillerées dans la journée.

Le docteur Richter (2) recommande la formule suivante :

2 Orymel scillitique.... At 120 gram. Acétate de potasse....... 15 gram.

Mèlez. Dose : d'une à deux cuillerées à bouche, trois fois par jour.

On pourrait multiplier ces formules à l'insini.

M. le docteur Teissier, de Lyon (3), a rapporté un cas d'ascite avec albuminurie guérie par l'emploi du vin scillitique laudanisé dont voici la préparation :

On prend, dit l'auteur, un demi-litre de vin blanc sec ordinaire; on sait macérer à froid, pendant douze heures, dans ce vin blanc, 8 grammes de poudre de scille fraîchement pulyérisée; au bout de ce temps on sitre le vin blanc, ou bien on le passe à travers un linge très fin, et l'ou ajoute 60 gouttes de laudanum de Sydenham. Je

⁽¹⁾ Gaz. méd. de Strasbourg, avril 1846.

⁽²⁾ Spec. ther.

⁽³⁾ Bull. gén. de thérap., août 1847, p. 97 et suiv.

présère le vin blanc ordinaire au vin d'Espagne, avec lequel on sait le vin scissifique du Codex. Le vin blanc sec ordinaire est mieux supporté par l'estomac, et puis il est par lui-même un très bon diurétique. Le vin d'Espagne se conserve mieux, il est vrai, mais ce n'est là qu'une chose peu importante : il sussit de ne préparer qu'une petite quantité à la sois du médicament pour ne pas être exposé à le voir se décomposer. Il n'est pas utile qu'on puisse le conserver dans les officines, puisque sa préparation peut se faire en quelques heures.

» Lorsqu'on a affaire à des personnes ayant l'estomac ou les intestins facilement irritables, on peut diminuer la dose de poudre de seille et la réduire à 4 grammes. A cette dose, l'esset diurétique se produit encore d'une manière sensible. Ainsi voici la sormule :

» On commence par administrer deux sois par jour une cuillerée à bouche du médicament : une le matin, à jeun, et une autre le soir, trois heures après avoir mangé. Chaque cuillerée doit être prise dans un verre d'eau pure ou sucrée. Si le médicament est bien supporté par l'estomac, on peut, au bout de quelques jours, en élever la dose à trois ou quatre cuillerées par jour. Ordinairement l'esset diurétique commence à se produire dès le second ou le troisième jour.

2° Diurétiques à l'extérieur. On a essayé, et quelquesois avec succès, d'appliquer simplement sur l'abdomen les diurétiques, sous sorme de fomentations ou de frictions. MM. Trousseau et Chrestien ont cité quelques saits intéressants à l'appui de cette médication, et ce qu'il y a eu de remarquable dans les cas qu'ils ont rapportés, c'est que, malgré la disparition ou la diminution de l'ascite, il n'y a pas en toujours augmentation de la quantité des urines. M. Trousseau conseille d'agir ainsi:

Imbibez une sianelle; appliquez-la sur le ventre, et recouvrez-la d'un taffetas gommé.

M. Chrestien vante les frictions avec le liquide suivant (1):

2 Digitale pourprée.... 30 gram. | Alcool.................... 90 gram. | Frictionnez avec une flanelle.

Purgatifs. Les médicaments de ce genre ont été donnés pour provoquer ou pour savoriser les excrétions intestinales abondantes que nous avons vues constituer plus haut les crises par les selles. Il serait sans doute superflu de passer en revue tous les purgatifs qui ont été donnés dans cette intention; mais il en est un certain nombre qui ont été particulièrement préconisés, et que, pour ce motif, il importe d'indiquer avec quelques détails.

Je mentionnerai d'abord l'insusion de seconde écorce de sureau, qui a été vantée par Sydenham comme un des plus puissants hydragogues. Boerhaave lui a donné les mêmes éloges. Il est donc important de soumettre ce médicament, aujourd'hui presque entièrement oublié, à de nouvelles expériences. Voici la sormule qu'employait Sydenham:

¹⁾ Voy. Journ. de méd. et de chir. prat., t. VI.

2 Seconde écorce de sareau... 3 poign. | Lait...... 500 gram. | Eau..... 500 gram.

Faites bouillir jusqu'à réduction de moitié. A prendre, moitié le matin et moitié le soir.

Ce remède agit non seulement comme purgatif, mais encore comme vomitif.

Gaubius, qui avait également consiance dans l'écorce de sureau, prescrivait la potion suivante:

2 Suc d'écorce fraiche de sureau. 30 gram. | Sirop de violettes......... 15 gram.

A prendre par cuillerée, de demi-heure en demi-heure. S'arrêter si l'effet était trop violent.

M. le docteur Réné Van Oye (1) a rapporté des cas d'hydropisie ascite guéris par le suc de la racine fraiche de sureau uni à quantité égale de bière jeune. Il commence par 60 grammes de suc et élève ensuite cette dose jusqu'à 120 grammes par jour. Cette médication produit des vomissements et une superpurgation. Malheureusement M. Van Oye a oublié de spécifier les cas.

L'élatérium, que nous avons vu très souvent employer dans les maladies du cœur, l'est surtout lorsque ces affections s'accompagnent d'hydropisie; c'est encore un médicament énergique qu'il faut donner avec assez de précaution. On peut prescrire la teinture d'élatérine, qui est ainsi composée:

7 Élatérine0,05 gram.Acide nitrique0,20 gram.Alcool32 gram.

Trente-six à quarante gouttes dans un demi-verre d'eau sucrée.

Pour les autres préparations, je renvoie le lecteur à ce qui en a été dit à propos de l'hypertrophie du cœur (2).

Le colchique est encore une substance qui jouit d'une grande réputation comme hydragogue. Deux observations ont été publiées par M. le docteur Lalaurie (3), dont la seconde est relative à une hydropisie ascite dans laquelle le vin de colchique fut donné à la dose d'une cuillerée matin et soir : la malade fut promptement guérie. Déjà Storck (4) avait prescrit le colchique dans les hydropisies, après avoir constaté sa grande influence sur l'excrétion urinaire ; un grand nombre d'autres auteurs l'ont employé dans les mêmes circonstances. Carminati le donnait sous forme d'oxymel, et M. Chailly (5) a, comme M. Lalaurie, cité un cas de guérison par le vin de colchique, dont voici la composition :

2 Bulbes de colchique frais...... 100 gram.

Paites macérer pendant huit jours dans:

Vin de Malaga. 60 gram. | Alcool à 22°..... 10 gram. Vingt à trente gouttes dans une potion. Élever la dose successivement et avec précaution.

Je pourrais citer encore la coloquinte, la gomme-gutte, l'huile de croton, d'épurge, et un grand nombre d'autres purgatifs; mais comme ils ne présentent rien de particulier, je pense qu'il suffit de les mentionner; on en trouvera facile-

⁽¹⁾ Ann. de la Soc. de méd. de Roulers, 1849.

⁽²⁾ Voy. t. 111.

⁽¹⁾ Journal de médecine et de chirurgie praliques.

⁽⁴⁾ Libell. de colch. autumn. rad.

⁽b) Revue médic., juin 1838.

ment l'application. Je dirai seulement un mot de la scammonée, qui est, elle aussi, regardée comme un excellent hydragogue, et j'indiquerai ensuite quelques formules particulières de purgatifs.

La scammonée n'est presque jamais donnée pure; elle sait partie de la poudre d'Ailhaut, très renommée dans le traitement des hydropisies, et dont voici la composition:

Poudre d'Ailhaut.

** Scammonee**Suie6			8 gràm.
---------------------	--	--	---------

Mvisez eu paquets de 2 grammes, dont on fait prendre un se matià.

Ce médicament agit comme purgatif drastique; il sait encore partie de l'élecillaire suivant employé par M. Fouquier.

Électuaire hydrogogue de M. Ponquier.

* Scammonée d'Alep	åå 15 gram.	Scille en poudre	10 gram. 5 gram.
Malat Alambar -			

A prezdre de 60 à 130 centigrammes par jour.

Les pilules de Bontius, qui ont été également très préconisées, sont composées ainsi qu'il suit :

Pilules de Bontius.

4 Aloès succotrin	5 parties.	Diagrède soufré (1)	2 parties.
Gomme-gutte dissoute debs du vin d'Espag.		Sulfate de potasse	1 partie. Q. s.
Ammoniaque)			

Faites des pilules de 0,20 grammes. Dose : de 2 à 6 par jour.

Je citerai encore les pilules de Bacher et celles de Barciay. Les premières set linsi composées:

```
Extrait œno-alcoolique d'el-
lébore noir..... 60 gram. Poudre de chardon-bénit.... 30 gram.
```

Faites une masse pilulaire. Divisez en plintes de 0,20 grandnes, qu'il faut tenir renfermées dans un flacon bien bouché. A prendre 3 ou 4 par jour.

Voici la formule des pilules de Barclay:

4 Extrait de coloquinte com-	1	Émétique	0,40 gram.
posée	10 gram. 5 gram.	Essence de genièvre	11 6,20 głam.
Savon amygdalin Gayac	5 gram. 15 gram.	de romarin) Sirop de nerprun	Q. s.

Faites des pilules de 0,20 grammes. Dose : de 5 à 6 par jour.

Je n'ai pu, dans tout ce qui précède, appliquer d'une manière précise l'emploi des purgatifs aux divers cas d'ascite, perce que cette question thérapeutique n'a

⁽¹⁾ Le diagrède soufré est fait avec de la scammonée qu'on étend sur du papier au-dessus d'un réchaud dans lequel on jette du soufre par petites parties. On remue jusqu'à ce que la résine commence à fondre.

pas été étudiée sous ce point de vue. Tout ce que je peux donc dire ici, c'est qu'avant d'employer les divers drastiques qui viennent d'être passés en revue, on doit examiner attentivement l'état de l'intestin et les forces du malade, car il y aurait de l'imprudence à les mettre en usage sur des individus profottéement débilités, et dans ces cas, du moins, on devrait ne les employer qu'avec beaucoup de prudence. Chez les enfants, on ne doit procéder d'abord que par de très petites doses, qu'on élèvera ensuite avec précaution.

Vomitifs. Nous avons fait connaître les dontes qui s'élèvent sur la réalité des criscs par le vomissement; cependant, comme quelques auteurs ont trouvé que les vomitifs étaient réellement utiles, on peut les mettre en usage. Nous avons vu d'ailleurs que, parmi les drastiques précédents, il y en avait qui provoqueient le vomissement, et ce sont les plus vantés. Il est inutile d'employer d'antres vomitifs que les vomitifs ordinaires.

Quelques médecins se sont bornés à donner de simples expectorants. L'aunée est la substance la plus employée dans ce but; elle entre dans les pilules suivantes:

7 Extrait d'aunée:.... 8 gram. (Scille én poudre...) 60 grain. F. s. a. 36 pilules. Dose : de 2 à 4 par jour.

Sudorifiques. Les sudorifiques sont beaucoup moins employés contre l'ascite que contre l'anasarque; cependant nous avons vu plus haut qu'on avait observé plusie urs fois des crises par les sueurs. Les médicaments de ce genre ne doivent donc pas ê.re négligés. Il suffit d'indiquer ici les infusions de bourrache, de mélisse, fleurs de sureau, etc.; mais il importe de parler d'une manière particulière des bains de vapeur simple ou sulfureuse qui ont été administrés par quelques médecins. Le docteur Gassaud (1) a rapporté quatre cas d'ascite guéris par les bains de vapeur sulfureuse, et d'autres ont cité des cas semblables dans lesquels on a mis en usage la simple vapeur d'eau. La vapeur des baies de genièvre est, comme on sait, employée dans les cas d'anasarque; on pourrait l'essayer dans les tas d'ascite, surtout s'il y avait en même temps œdème. Ces moyens seraient surtout indiqués si une certaine moiteur se manifestait spontanément à la peau.

Narcotiques. Les narcotiques ou stupé fiants ont été également préconisés. Quelle est leur action, et dans quels cas agissent-ils? C'est ce qu'il serait bien difficile de dire. Je me borne donc à indiquer, comme ayant été employés, l'opium, la cique, l'aconit, la laitue vireuse, et même le tabac. Ce n'est qu'avec précaution qu'on doit administrer ces substances, dont on doit néanmoins porter graduellement la dose à un degré assez élevé.

Toniques; amers; ferrugineux. Les médicaments de ce genre sont principalement dirigés contre les ascites avec appauvrissement du sang. P. Frank (2) a vivement recommandé le quinquina, qui doit être donné en décoction ou sous forme d'extrait. Le docteur Schmidt (3) unit la gentiane à la digitale de la manière suivante:

⁽¹⁾ Nouv. bibl. méd., fév. 1829.

⁽²⁾ Traite de médecine pratique; Paris, 1842, t. II, p. 119.

⁽³⁾ Beilr., etc., 1823.

Infusez. Ajoutez:

Oxymel scillitique 30 gram.

Dose: une cuillerée à bouche toutes les heures.

M. Cruveilhier nous apprend qu'il a employé les préparations ferrugineuses avec avantage, et déjà le docteur Bertrand (1) avait rapporté un cas de guérison d'une ascite par un mélange de scille et d'oxyde noir de ser. Il sussit de ces indications pour savoir comment on doit se conduire dans les cas où l'on croit pouvoir rapporter la production de l'hydropisie à un état du sang, contre lequel l'expérience nous a appris que le ser a une grande efficacité.

Il me reste maintenant quelques mots à dire sur certains médicaments qui ont été regardés comme très utiles, ét que nous ne pouvons pas ranger dans les catégories précédentes.

Moyens divers. J'indiquerai d'abord le lait, déjà recommandé par Mauriceau, et que Chrestien a surtout préconisé (2). Ce dernier a rapporté huit observations dans la plupart desquelles la guérison a été obtenue; malheureusement ces observations thérapeutiques n'ont pas toujours été prises avec beaucoup de rigueur, et quelquesois on se demande s'il y a eu, dans ces faits, autre chose qu'une simple cosucidence. Les cas dans lesquels le lait paraît avoir le mieux réussi sont ceux qui sont désignés par Chrestien sous le nom d'ascites par irritation. Toute la médication consiste à soumettre les malades exclusivement, ou presque exclusivement, à l'usage du lait comme aliment : on leur en sait prendre une, deux, trois pintes par jour, et plus si on le juge convenable. Chrestien recommande que le lait soit cru. Un inconvénient fréquent de ce régime, c'est d'inspirer promptement du dégoût au malade. Il ne saut pas céder aux instances qu'ils sont pour obtenir un changement d'alimentation, car dans les cas cités par Chrestien, les moindres concessions ont eu des essets sâcheux.

M. le docteur O'Ferral (3) recommande vivement l'acétate de plomb et le ser administrés, de la manière suivante, contre l'hydropisie ascite avec albumine, qui survient à la suite de la scarlatine.

Donnez d'abord, chaque jour, de 10 à 15 centigrammes d'acétate de plomb dans de l'eau distillée en l'additionnant d'un excès d'acide acétique.

Plus tard administrez le ser. M. O'Ferral présère à toutes les préparations serrugineuses la teinture muriatique.

Sous l'insluence de ce traitement, l'albumine, suivant l'auteur, disparaît très promptement des urines, et l'hydropisie se dissipe avec la plus grande rapidité.

M. Thirion (4) a rapporté des cas de guérison par l'iodure de potassium. Dans l'un d'eux, l'hydropisie avait été causée par des tumeurs strumeuses du mésentère. Ce sont évidemment les cas dans lesquels cette médication est le mieux indiquée.

Il sussit de mentionner le cerfeuil et l'ache, quoique le premier ait joui pendant longtemps d'une très grande réputation; le copahu, les préparations d'or, qui out été employées dans un cas cité par Chrestien; l'hépatique en cataplasmes, l'iode.

⁽¹⁾ Rec. de la Soc. d'émul., 1807.

⁽²⁾ De l'util. du lait, etc. (Arch. gen. de méd., 1 e série, t. XXVII, p. 329 et 484).

⁽³⁾ Dublin hospital Gaz.; extrait dans Rerne med. chir. de Paris, mars 1847.

⁽⁴⁾ Bull. de l'Ac. de méd. de Belgique, et Bull. gen. de thér., levrier 1849.

les frictions mercurielles; ce n'est que dans des cas tout particuliers que la plupart de ces moyens peuvent paraître convenables.

Après avoir ainsi exposé le traitement interne de l'ascite, je dois aborder la médication externe qui bien souvent ne peut être mise en usage que comme palliatif, mais qui parfois a procuré des succès réels.

Vésicatoires; séton; moxas. M. Pelletier (1) a cité un cas de guérison d'une ascite suite de sièvre intermittente, par l'application des vésicatoires sur l'abdomen. Ce sait est d'autant plus remarquable, que chez ce sujet on avait employé les diurétiques et la compression, sans obtenir autre chose qu'une amélioration passagère. Le même moyen a été mis en usage dans des cas d'ascite qu'on était porté à regarder comme idiopathique. On a également traversé les parois abdominales avec un séton (2), et ensin Larrey a recommandé les moxas au niveau des sausses côtes. On ne doit compter que médiocrement sur ces moyens, dont un, le séton, doit être regardé comme d'un emploi dangereux.

Scarifications. Lorsque l'ascite s'accompagne de gonflement considérable des bourses et des membres inférieurs, on pratique ordinairement des mouchetures dans le but de dégorger le tissu cellulaire et de faire cesser la tension incommode des parties. Quelquefois on emploie ce moyen dans un but curatif. Il arrive parfois, en effet, que les scarifications ne se referment pas, et laissent écouler continuellement la sérosité, de telle sorte que tout épanchement disparaît. Le docteur D. Tardieu (3) a cité quelques faits dans lesquels ce moyen a eu du succès. Un inconvénient des scarifications, c'est que parfois elles déterminent une irritation des tissus, et par suite une gangrène qui peut avoir des effets funestes. D'un autre côté, on ne peut guère compter sur leur emploi qu'en aidant leur action par l'administration d'un ou de plusieurs des moyens précédents.

M. le docteur Burguet (4) a vu une ascite se dissiper sous l'influence de la médication suivante :

Dès les premiers jours, la salive, les urines et les crachats exhalaient une odeur d'iode très prononcée.

Compression. Déjà Monro avait proposé la compression de l'abdomen pour s'opposer à quelques accidents de l'ascite (lipothymies, syncopes); des médecins anglais l'ont ensuite employée dans un but curatif, et ce moyen a été mis en usage en France par MM. Récamier, Ilusson, Godelle, Bricheteau, etc., depuis un certain nombre d'années. Ce dernier a publié (5) un mémoire intéressant dans lequel sont rapportés plusieurs faits qui prouvent l'utilité de la compression dans certains cas. Il ressort de ces faits que les cas dans lesquels la compression est applicable sont ceux qui ne présentent pas de lésion organique chronique et d'obstacle mécanique à la circulation veineuse. Dans le cas contraire, on s'exposerait à soumettre en pure perte les malades à un traitement long, difficile à supporter, et occasion-

⁽¹⁾ Obs. recueill. à la clin. de M. Trouvé (Arch. gen. de méd., 1 . série, t. XVIII, p. 202).

⁽²⁾ HEDENUS, Graefe und Walther's Journ.: Berl., 1826.

⁽³⁾ Journ. de méd., 1835.

⁽⁴⁾ Journ. de méd. de Bordeaux, décembre 1846.

⁽⁵⁾ Arch. gen. de med., 1 ve série, t. XXVII, p. 75 et suiv.

nant des incommodités marquées, telles que l'oppression, les lipothymies, etc: C'est donc lorsqu'on ne trouve aucune lésion marquée des viscères, lorsque l'ascite s'est développée avec des symptômes d'irritation, ou à la suite de sièvres intermittentes, d'hémorrhagies répétées, d'un séjour dans les lieux malsains, de l'ingestion des boissons froides, etc., qu'on devra y avoir recours.

COMPRESSION.

Pour la pratiquer, il faut faire faire une large ceinture lacée qui, de la base de la poitrine, se porte jusqu'à la partie inférieure du ventre. Cette ceinture doit être serrée de manière à exercer une compression uniforme et continue; mais il faut prendre garde de porter cette compression trop loin, parce que, en resoulant le diaphragme, on pourrait occasionner une dyspnée extrême. Si l'on n'a pas le soin de resserrer le bandage à mesure qu'il se relâche, on ne peut rien attendre de ce traitement, qui d'ailleurs est toujours long, puisque son emploi a dû être prolongé plusieurs mois (huit et plus), et qui demande beaucoup de soins et d'assiduité.

Paracentèse. La paracentèse ou ponction de l'abdomen est une opération pratiquée ordinairement dans le but de faire cesser les accidents qui résultent d'une accumulation trop considérable de liquide dans la séreuse péritonéale. Dans quelques cas, et j'en ai cité un plus haut, le liquide accumulé, provoquant invinciblemant la sortie d'un intestin hernié, on doit, pour éviter l'engouement qui peut en être la suite, faire l'opération avant qu'il y ait une grande quantité de sérosité dans le péritoine; dans tous les autres, il est de règle d'attendre que les parois du ventre soient notablement distendues.

Je ne saurais mieux faire, pour exposer tout ce qui est relatif à la paracentèse, que de suivre la description qu'en a donnée M. Velpeau (1), en y ajoutant quelques remarques sur l'utilité de la percussion dans la détermination du lieu où doit être pratiquée la ponction. Après quelques considérations sur l'origine de cette opération, une des plus anciennes de la chirurgie, cet auteur se demande quel est l'instrument qu'il convient d'employer, et sa conclusion est que le trois-querts dont se servent les chirurgiens français ne laisse rien à désirer. Quant au lieu d'élection, il s'exprime ainsi :

LIEU D'ÉLECTION.

Tous les points du ventre ne sont pas également propres à la paracentèse. Le flanc gauche serait le plus favorable quand la rate est saine, si l'épiploon, plus étendu de ce côté, n'apportait aucune difficulté à l'écoulement du liquide. A droite, on peut redouter la présence du foie. Trop près du ligament de l'oupart, se trouve l'S iliaque du colon ou le cœcum. En arrière, est la dernière fausse côte ou la crête de l'os innominé, et il serait facile d'atteindre le colon lombaire. La zone sus-ombilicale correspond à la partie transverse du gros intestin. Tout à fait en bus, sur la ligne médiane, on rencontre la vessie. Cependant il faut agir sur une partie déclive. La ligne blanche, préférée par les anciens, et même encore par la plupart des chirurgiens anglais, n'a pas d'avantage sous ce rapport; elle est loin de mettre aussi sûrement qu'on l'imagine à l'abri de toute hémorrhagie: une grosse veine

⁽¹⁾ Nouv. élém. de méd. opératoire : Paris. 1839, 2º éd., t. IV, p. 1 et suix.

rampe parsois à sa surface postérieure. S. Cooper mentionne un cas où plus d'une pinte de sang sortit par la plaie qu'il venait de saire dans ce lieu avec le bistouri.

- Chez la femme, il existe entre la matrice et le rectum, au sond du bassin, un cul-de-sac où l'on arriverait sacilement à travers la partie postéro-supérieure du vagin. Ce point, le plus déclive de tous, serait aussi le point le plus convenable peut-être, si le péritoine était libre dans toute son étendue, si un changement de rapport quelconque de la vessie, de l'utérus ou des intestins n'exposait pas à perforer quelques uns de ces organes. On devrait donc ne le choisir, et se consormer au précepte de Henckel, de Watson, de Bishop, de Nœthig, qu'après s'être assuré par le toucher que la sérosité descend jusque dans la cavité pelvienne, et qu'elle tend à déprimer le haut du vagin.
- » En pénétrant par le rectum, au-dessus des vésicules séminales, comme le veulent quelques autres praticiens, il y aurait encore plus de danger de blesser la vessie. La crainte de voir ensuite les humidités stercorales passer dans le péritoine suffira toujours pour saire rejeter cette voie, quoique par exception on puisse l'adopter chez certains sujets.
- Il n'est pas jusqu'à la vessie qu'on n'ait traversée de manière à vider le péritoine des ascitiques.... M. Watson a sérieusement proposé de pénétrer par cette voie, et, ce qu'il y a de surprenant, un de ses compatriotes, M. Buchanan, dit l'avoir fait trois sois avec succès; mais je ne pense pas que parmi nous un pareil précepte ait jamais besoin d'être gravement résuté.
- Ledran et de Morand, quand, en même temps que l'ascite, il existe une hydrocèle congénitale, ne peut servir que dans cette circonstance. S'il se rencontre une région des parois abdominales plus amincie que les autres, au point de n'être plus sormée que par la peau et d'avoir acquis une sorte de transparence, c'est à elle qu'on s'adresse, quelque peu favorable qu'elle soit d'ailleurs....
- "Un peu en dehors de la ligne blanche, comme on le faisait autrefois d'après l'avis de Celse, l'artère épigastrique court quelques risques. Le milieu de l'espace qui sépare le bord des côtes de la crête iliaque, indiqué par Sabatier, aurait l'inconvénient d'être trop rapproché de la poitrine lorsque la rate et le foie sont le siège de quelque engorgement, de sorte que, règle générale, le milieu de la ligne qui s'étend de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure est encore ce qu'il y a de mieux.... Cet endroit, que la majeure partie des opérateurs ont prescrit de choisir depuis que Palsin en a donné l'idée, est donc le véritable lieu d'élection, et chacun des autres le lieu de nécessité. »

Lieu où il convient de pratiquer la ponction dans les cas d'hydropisie compliquant la grossesse. Des observations assez nombreuses, et notamment celles qui ont été rassemblées par Ollivier, d'Angers, (1), prouvent que l'ascite donne lieu, chez les semmes enceintes, à des incommodités sort grandes (oppression, lipothymies, insomnie, anorexie), qu'il est nécessaire de saire cesser en évacuant le liquide. Scarpa (2), ayant remarqué que la fluctuation était plus sacilement sentie et plus

(2) Mcl. de chir. Arangère; Genève, 1824, t. 162.

⁽¹⁾ Remarq. sur l'opér. de la paracent. dans l'hydrop. ascite compliquant la grossesse dans Arch. gén. de méd., 1ºº série, t. VI, p. 178).

superficielle dans l'hypochondre gauche, près du bord des cartilages des fausses côtes, choisit ce lieu pour la ponction, et pénétra avec sécurité entre le côté externe et supérieur du muscle droit et le bord des fausses côtes de l'hypochondre gauche. Le docteur Cruch (1) a agi de même et sans accident. Cependant Ollivier, se fondant sur l'opinion de Sabatier, sur un fait qu'il a observé, et sur un autre qui lui a été communiqué par M. Bigot (d'Angers), a reconnu que dans les cas ordinaires, l'ombilic, élargi d'abord, forme ensuite une tumeur fluctuante, où la ponction peut être pratiquée sans aucun danger. Les cas seuls où une adhérence intestinale, par suite de hernie ancienne, existerait dans cette région, ne devraient pas être opérés ainsi. D'un autre côté, M. Velpeau, qui a un bon nombre de fois pratiqué la paracentèse chez les femmes en couches, s'exprime ainsi à ce sujet : * Toute l'étendue du flanc gauche, tous les points de ce côté où le trois-quarts est ordinairement porté, m'ont paru séparés de la matrice par un espace assez considérable pour ne pas laisser une grande importance aux préceptes de Scarpa. » De tout cela il résulte que, s'il faut examiner attentivement l'état du ventre chez les semmes grosses chez lesquelles on pratique la paracentèse, on aurait tort de s'exagérer les dangers de cette opération en pareil cas.

Emploi de la palpation et surtout de la percussion pour déterminer le lieu où la ponction doit être pratiquée. Je suis entré dans les détails précédents, d'une part, pour bien déterminer les points de l'abdomen où l'on a proposé de pratiquer la paracentèse, et de l'autre pour bien faire connaître ceux qui doivent absolument être rejetés et ceux qui offrent le moins d'inconvénients. Mais aujourd'hui on ne doit pas se décider à faire la ponction dans tel ou tel point, uniquement d'après les considérations dans lesquelles nous venons d'entrer. Il est même permis de dire que le lieu d'élection n'existe plus, ou du moins qu'on ne doit jamais y pratiquer l'opération sans l'avoir exploré par une palpation et une percussion soigneusement pratiquées. C'est toujours lui, sans doute, qui aura le plus souvent la préférence, puisque ces moyens d'exploration feront ordinairement connaître qu'il la mérite, mais on ne la lui donnera pas en aveugle, comme on ne l'a fait que trop souvent, l'exploration qu'on pratiquait étant insuffisante.

La palpation fera reconnaître s'il existe dans le point qu'on veut ponctionner un organe tumélié, dans lequel on courrait risque d'enfoncer le trois-quarts. Sans doute, si cet organe était adhérent aux parois, cette exploration serait inutile, puis-qu'il y aurait absence de la fluctuation dans ce point; mais souvent une lègère couche le sépare du péritoine pariétal, et c'est cette épaisseur qu'il s'agit de déterminer par la palpation, qui doit être pratiquée comme il suit : L'extrémité des doigts étant appliquée sur la paroi abdominale, on presse vivement de manière à déplacer le liquide sous-jacent; s'il existe une tumeur, on arrive promptement sur elle, et l'on sent, à sa résistance bien supérieure à celle qu'a offerte le liquide, la présence d'un corps solide. Or, si l'on remarque le degré de dépression qu'il a fallu imprimer à l'abdomen pour arriver jusque-là, on a approximativement l'épaisseur de la couche de liquide, et l'on peut juger s'il est prudent ou non de pratiquer la ponction dans ce lieu.

La percussion donne des notions bien plus précises, et, en saisant connaître tout

⁽¹⁾ Ann. unic. di med., nº 47.

le parti qu'on peut en tirer dans les cas dont il s'agit, M. Piorry a rendu service à la pratique médicale. Par la percussion, en effet, on détermine avec précision, non seulement si un organe tuméfié est trop voisin de la paroi abdominale, mais encore si l'intestin court risque d'être blessé, accident beaucoup plus grave. On ne doit donc jamais négliger de la pratiquer avec soin, en partant, comme je l'ai dit plus haut, des parties sonores pour aller graduellement vers les parties occupées par la matité. On peut, de cette manière, s'assurer d'abord qu'on pratique la ponction à une assez grande distance du niveau du liquide, c'est-à-dire d'un point où celui-ci ne forme encore qu'une couche trop peu épaisse; et en second lieu, en pratiquant la percussion superficiellement ou profondément, on peut apprécier avec précision l'épaisseur de la couche liquide.

En percutant superficiellement, c'est-à-dire en posant sans presser, sur l'abdomen, le doigt sur lequel ou percute, et en frappant légèrement, on a le son propre au liquide, ou un son s'en rapprochant beaucoup, suivant que la couche est plus ou moins épaisse. Puis, percutant profondément, c'est-à-dire en déprimant la paroi abdominale et en frappant fortement, on arrive à un des trois résultats suivants : ou bien, quelque profonde que soit la percussion, on n'obtient que le son mat dû au liquide, ce qui est le cas le plus fréquent quand on percute dans le lieu d'élection ou dans un point un peu insérieur : on peut alors porter hardiment le troisquarts dans ce lieu; ou bien la percussion profonde finit par faire découvrir le son intestinal plus ou moins affaibli : on juge alors, par le degré de dépression qu'il a fallu imprimer à la paroi abdominale, si la couche de liquide est ou n'est pas assez épaisse, et l'on se dirige d'après ces données; ou bien enfin le son intestinal se fait promptement entendre, et alors l'intestin est collé à la paroi abdominale, ou n'en est que peu éloigné : il faut, en pareil cas, chercher un autre point pour pratiquer la paracentèse, et le déterminer de la même manière. On opère alors dans le lieu de nécessité.

Décrivons maintenant l'opération, et recourons encore pour cela à l'ouvrage de M. Velpeau (loc. cit.):

DESCRIPTION DE L'OPÉRATION.

- « Position du malade. Personne ne conseille actuellement de faire tenir le malade debout pendant qu'on l'opère; la position assise ne lui convient non plus que dans quelques circonstances particulières : c'est sur le côté, très près du bord de son lit, qu'il doit être placé...
- » Manuel opératoire. L'appareil se compose d'un trois-quarts de 5 millimètres de diamètre, armé de sa canule et graissé de cérat, d'un baquet ou d'un grand vase quelconque propre à recevoir le liquide, d'un vase plus petit et peu profond qu'on puisse tenir près du ventre si la sérosité ne coule pas avec assez de force pour le rendre inutile, d'un morceau de sparadrap, de diverses compresses pliées en plusieurs doubles, d'une serviette en écusson et d'une autre serviette pliée en trois, garnie d'un sous-cuisse et d'un scapulaire.
- Un aide reste près de la tête, un autre vers les pieds et du côté sur lequel on a couché le malade, asin de lui soutenir la poitrine et la racine des cuisses; un troisième, situé du côté opposé, et même sur le corps du lit s'il craint de trop se satiguer autrement, se tient prêt à placer ses mains à plat sur toute la surface du

qu'il s'agissait, en pareil cas, d'une hydropisie enkystée de l'ovaire; malheureusement l'observation ne fournit pas les détails nécessaires pour éclaircir ce point.

Quant à M. Vassal (1), il s'est contenté d'irriter le péritoine à l'aide du bec de la canule; mais les accidents qui ont suivi cette pratique, et auxquels le malade a heureusement échappé, ont été si graves, qu'ils ont fait plusieurs fois craindre pour ses jours.

Injections iodées. Dans ces derniers temps, on a obtenu plusieurs fois la guérison de l'ascite par les injections iodées. En 1846, M. le docteur Dieulasoy (2) sit connaître un cas de ce genre dans lequel il obtint un succès complet. Plus tard, M. le docteur Rul-Ogez, d'Anvers (3), a guéri radicalement une ascite asthénique par l'injection de 90 grammes d'eau tiède, contenant 12 grammes de teinture d'iode. Je citerai encore les deux cas suivants, qui déposent en saveur de ce traitement. Le premier a été rapporté par M. le docteur Leriche (4). Après avoir vidé le péritoine, il injecta:

On ne put saire ressortir que 120 grammes de cette solution.

Le second est dû à M. le docteur Grisson (5), qui pratiqua l'injection iodée chez un ensant de dix mois, assecté de la maladie dont nous nous occupons.

M. Griffon injecta, à plusieurs reprises, en malaxant le ventre :

Tout n'est pas encore dit, ainsi que le sait remarquer M. Velpeau, sur l'emploi des injections irritantes; mais les saits que je viens de signaler sont de nature à encourager les praticiens. Toutesois reconnaissons qu'on ne déterminera désinitivement la valeur de ce moyen qu'en posant bien exactement le diagnostic, ce qui malheureusement n'a pas été sait.

Ensin, M. Belmas a proposé de porter dans le péritoine un sac de baudruche vide, que l'on sousse ensuite ou qu'on remplit de liquide, de manière à irriter, suivant qu'on le juge convenable, une plus ou moins grande étendue de la séreuse. Ce moyen n'a pas encore pour lui la sanction de l'expérience.

Résumé; ordonnances. D'après ce qui précède, les moyens les plus efficaces sont les diurétiques, les purgatifs, les sudorifiques, et, dans les cas rares d'ascite par irritation, les émissions sanguines. Il serait important, comme je l'ai dit plusieurs fois, de rechercher quels sont les cas particuliers où chacune de ces médications agit plus spécialement. Mais on n'a fait, sous ce rapport, que des essais extrêmement incomplets, et tout ce que je puis faire ici, c'est de signaler aux observateurs ce sujet comme un des plus intéressants de la thérapeutique.

I" Ordonnance.

DARS UN CAS D'ASCITE PAR IRRITATION SÉCRÉTOIRE.

- 1° Pour boisson, simples infusions émollientes.
- (1) Mém. de la Soc. de méd. prat., 1833.
- (2) Bulletin de l'Acad. de méd., 27 janv. 1846, t. XI, p. 422.
- (3) Bull. de l'Acad. roy. de méd. de Belgique, 1847-1848, t. VII, nº 2.
- (4) Journ. de méd. de Lyon, et Bull. gen. de thérap., juin 1847.
- (5) Journ. des conn. méd. prat., janvier 1817.

- 2º Saignées générales plus ou moins répétées, suivant, la sorce du sujet; sangsues au nombre de vingt, trente ou quarante sur l'abdomen.
- 3° Légers diurétiques: par exemple le nitrate de potasse à la dose de 1 ou 2 grammes par 500 grammes de liquide.
 - 4° Légers purgatifs.
 - 5° Régime sévère, diète au début.

II. Ordonnance.

DARS UN CAS D'ASCITE SANS IRRITATION ET SANS QU'ON EN PUISSE TROUVER LA CAUSE DANS UNE LÉSION ORGANIQUE.

- 1° Pour tisane, infusion de fleur de sureau, bourrache, etc.
- 2º Diurétiques à l'intérieur et à l'extérieur (voy. p. 345 et 348).
- 3º Purgatifs drastiques (voy. p. 348 et suivantes).
- 4º Préparations ferrugineuses.

Je ne multiplierai pas ces ordonnances, parce que, comme je l'ai dit plus haut, il est trop difficile de déterminer d'une manière précise les cas dans lesquels réussit tel ou tel médicament. Je me contente de rappeler d'une manière générale que, si l'on observe une tendance à l'établissement d'un flux critique, il faut s'empresser de le favoriser par les moyens précédemment indiqués.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; diurétiques à l'intérieur, à l'extérieur; purgatifs; vomitifs; sudorifiques; expectorants; narcotiques; lait; iode; moyens divers; compression; révulsifs; scarifications; paracentèse; injections.

ARTICLE IV.

HYDROPISIE ENKYSTÉE DU PÉRITOINE.

L'hydropisie enkystée du péritoine est une affection fort rare, qui consiste dans la formation d'un sac souvent très considérable, situé dans le péritoine, mais ne communiquant pas avec sa cavité, contenant une sérosité ordinairement limpide, et repoussant le paquet intestinal du côté opposé au point où il s'est formé. Nous avons déjà vu de semblables sacs se former dans la cavité de la poitrine, et M. Ménière a posé en loi que les cavités accidentelles de ce genre avaient leur siége'à l'extérieur même de la cavité naturelle; mais c'est un fait qui n'est pas encore complétement mis hors de doute; et, relativement à la lésion qui nous occupe ici, je dirai que j'ai vu à la Société anatomique un exemple d'hydropisie enkystée du péritoine dans lequel il paraissait évident que la sérosité était renfermée dans des fausses membranes épaisses, sécrétées par le péritoine lui-même.

Avec le très petit nombre de faits que nous possédons, il serait absolument impossible de tracer une histoire détaillée de l'hydropisie enkystée du péritoine, et
c'est pourquoi je me contenterai d'exposer le diagnostic de cette affection et de
l'ascite, ce qui est, sans contredit, le point le plus important.

Les kystes du péritoine occupent dans l'abdomen un point indéterminé. Dans leur production on ne voit pas un liquide s'accumuler peu à peu et s'élever des

parties déclives vers les parties supérieures. Les fausses membranes, se formant préalablement, déterminent dans une étendue considérable du ventre, et presque toujours d'un seul côté, la tuméfaction et la matité; puis la fluctuation vient occuper le même point, tandis que les intestins, reconnaissables à leur sonorité, sont refoulés de l'autre côté et à une hauteur très variable, suivant les cas, ce qui dépend de la position et de l'étendue du kyste. En comparant ces signes avec ceux de l'ascite, on en comprendra facilement toute la dissérence.

Quant au traitement, je n'ai rien de particulier à en dire, si ce n'est que les parois du kyste sont parfois très épaisses; que dans la paracentèse on ne doit pas craindre de pousser le trois-quarts prosondément, et que les injections sont plus applicables aux cas de ce genre qu'à l'ascite.

ARTICLE V.

TYMPANITE PÉRITONÉALE.

Je n'ai qu'un mot à dire de cet accident, qui est extrêmement rare, et qui survient à la sulte de lésions mortelles. Je ne connais que trois cas bien authentiques de ce genre. L'un a été recueilli par M. Fiaux, dans le service de M. Rayer, en 1839 : le sujet présentait une perforation du duodénum, d'où les gaz avaient pénétré dans le péritoine. Dans le second cas, les choses se passaient d'une manière plus curieuse encore. L'observation a été recueillie par MM. Richard et Dubordel (1). Il s'agissait d'un abcès du poumon et non d'une gangrène, comme le pensaient les auteurs. Le diaphragme avait été perforé consécutivement, et l'air passait des bronches dans la cavité péritonéale.

M. le docteur Michel Lévy (2) a vu, dans le troisième cas, une accumulation de gaz se saire dans le péritoine, en l'absence de toute persoration intestinale.

Diagnostic. On reconnaît que la tympanite a pour siége le péritoine lui-même, à la sonorité uniforme et extrême de toute la paroi abdominale, et à son élasticité dans tous les points, de manière que ni par la percussion ni par la palpation (du moins légères) on ne peut déterminer la position des organes parenchymateur. Dans cette tympanite, le volume du ventre peut être augmenté d'une manière prodigieuse; c'est ce qui avait lieu dans le cas cité par MM. Richard et Duhordel. Dans l'état actuel de la science, il nous serait impossible d'ajouter quelque chose de précis à ce que je viens de dire de cet accident.

Telles sont les affections propres au péritoine. On a encore parlé, il est vrai, de cancers occupant divers points de son étendue, de kystes de l'épiploon, et de quelques autres lésions. Mais ces lésions sont rares, mal connues, et ne présentent rien d'intéressant pour la pratique. Je vais donc, pour terminer ce qui a rapport aux affections des annexes des voies digestives, passer à la description du carreau, seule affection du mésentère qui soit intéressante pour le praticien.

⁽¹⁾ Journ. des conn. méd.-chir., nov. 1842.

⁽²⁾ Gas. méd. de Paris, 1849.

CHAPITRE VI.

MALADIES DU MÉSENTÈRE.

Le mésentère ne présente de maladies indépendantes de tout autre état morbide, d'affections idiopathiques, que dans des cas tout à sait exceptionnels.

On a, il est vrai, parlé d'une inflammation aiguë et d'une inflammation chronique du mésentère; mais quand on parcourt, dans les auteurs (1), ce qui a été écrit à ce sujet, on voit qu'ils ont eu en vue des affections secondaires, comme l'inflammation des ganglions mésentériques dans la sièvre typhoïde, par exemple; ou des dégénérescences chroniques qui se sont développées à la suite de dégénérescences semblables dans les intestins ou ailleurs. Après avoir examiné les principaux travaux sur ce sujet, j'ai vu, je le répète, que dans l'état actuel de la science il fallait se borner à parler d'une seule maladie du mésentère, qui est le carreau.

ARTICLE Ior.

CARREAU.

Depuis longues années on s'est beaucoup occupé du carreau comme affection appartenant presque exclusivement à l'enfance. Mais quelle que soit l'estime qu'on doit avoir pour plusieurs des travaux entrepris sur cette maladie, on voit bientôt qu'il est impossible de se servir de ceux qui ont paru avant les dernières anuées, parce que plusieurs états morbides ayant été confondus sous le nom de carreau, on ne peut pas démêler convenablement ce qui appartient à chacun d'eux. L'anatomie pathologique de cette affection, faite principalement par Morgagni, avait seule, jusqu'à ces derniers temps, un certain degré de précision. Cependant je citerai comme ayant publié le principal traité du carreau, avant les recherches modernes, Baumes (2), dont le mémoire fut couronné par la Société royale de médecine de Paris. Les articles récents des dictionnaires et le traité de MM. Rilliet et Barthez (3) sont venus donner récemment beaucoup plus de précision à nos connaissances sur l'affection dont il s'agit.

Il résulte de ces dernières recherches que le carreau, qui n'est autre chose que la tuberculisation des ganglions mésentériques, n'est que bien rarement, comme on devait s'y attendre, une affection idiopathique. Guersant (4) dit formellement qu'il a toujours trouvé, dans les cas de mort, outre les tubercules mésentériques d'autres affections graves qui avaient déterminé la terminaison fatale, et sous la dépendance desquelles s'était produit le carreau. M'Il. Rilliet et Barthez n'ont jamais trouvé les tubercules bornés au mésentère, et le même fait ressort de la description donnée par les auteurs du Compendium, quoiqu'elle ne soit pas explicitement exprimée.

Je suis entré dans ces considérations, parce qu'elles expliqueront pourquoi je n'accorde qu'une très courte description à cette affection, qui d'affleurs n'est pas curable, et n'a, sous tous les rapports, qu'un intérêt assez médiocre.

⁽¹⁾ Foy. en particulier J. Frank.

⁽²⁾ **Reck. sur la** malad. du mésent., etc., Nimes, 1788, et De L'amalgrissement, etc., **Pari**s,

⁽³⁾ Traité des malad. des enfants, t. 111, p. 406 et suiv.

⁽⁴⁾ Diet. de méd., art. CARREAU.

§ I. — Définition; synonymie; fréquence.

On donne le nom de carreau à une certaine tuberculisation des ganglions mésentériques, mais non à toute espèce de tuberculisation. Il faut, pour que la production des tubercules dans les ganglions du mésentère mérite le nom de carreau, que les tubercules soient volumineux, constituent des tumeurs considérables, et donnent lieu à un développement marqué du ventre. On voit déjà par là combien cette maladie est mal limitée, puisque la grosseur plus ou moins grande des tubercules ne peut pas changer leur caractère.

Je n'indiquerai pas ici tous les noms donnés au carreau; je me bornerai à rappeler les suivants: écrouelles mésentériques, physconie, emphraxie mésentérique, entéro-mésentérite, tubercules du mésentère. Ce dernier nom serait le plus convenable, mais celui de carreau est consacré.

Suivant Guersant, on a eu, jusqu'à ces derniers temps, une fausse idée de la fréquence du carreau. Cela tient à ce que tout développement du ventre, avec amaigrissement, chez les ensants, était désigné sous ce nom. Le nombre des sujets qui offrent, dans leur mésentère, des tumeurs tuberculeuses assez développées pour mériter le nom de carreau est très limité.

§ II. — Causes.

On n'a que des renseignements très vagues sur la plupart des causes du carreau. Ce que nous savons de plus positif, c'est que le plus souvent cette maladie se développe sous l'influence de la tuberculisation générale, et que les malades succombent ordinairement aux progrès des tubercules pulmonaires.

D'après les recherches de MM. Rilliet et Barthez, c'est entre la cinquième et la dixième année que se manifeste ordinairement le carreau. Il est excessivement rare de le voir paraître au-dessous de trois ans. On l'a observé aux autres âges de la vie, mais très rarement. On le trouve un peu plus souvent chez les enfants du sexe masculin. Les tubercules du mésentère ne se produisent pas sous l'influence des ulcérations intestinales. Quant à la mauvaise hygiène, à la nourriture insuffisante, etc., ce sont des causes qui appartiennent à la tuberculisation en général, et qui ne doivent pas nous occuper ici.

§ III. — Symptômes.

Si nous ne voulons donner que les symptômes propres au carreau, nous voyons qu'ils sont très peu nombreux et très peu importants, et c'est une nouvelle raison pour ne pas s'arrêter à la tuberculisation mésentérique, pour remonter à la cause première, à la source du mal, et pour ne pas laisser détourner son attention par une simple lésion secondaire.

Les symptômes propres au carreau dissèrent suivant que la maladie est indolente ou non. Dans le premier cas, on observe un développement plus ou moins considérable du ventre, et si l'on examine attentivement cette cavité, on y trouve des tumeurs plus ou moins grosses, ayant leur siège principalement le long de la colonne vertébrale et autour de l'ombilic, mais pouvant se développer d'une manière sort irrégulière. Ces tumeurs sont dures, bosselées, non douloureuses à la pression, et donnent un son mat quand on les percute. On a cité des saits, et Guersant en a signalé les principaux, dans lesquels la santé s'est conservée avec un développement extrêmement notable de tubercules dans les ganglions mésentériques, et c'est là une des preuves les plus fortes en faveur de l'opinion qui regarde les symptômes fonctionnels attribués au carreau comme dus presque tous à une autre affection, et principalement à la phthisie pulmonaire ou bronchique.

Dans le second cas, le seul symptôme véritablement important est la douleur, et ce symptôme est extrêmement rare, puisque MM. Rilliet et Barthez n'ont trouvé le ventre douloureux qu'une seule sois.

Rien de notable, du reste, du côté du tube digestif. On observe quelquefois la dilatation des veines du ventre, l'anasarque, un peu d'épanchement dans le péritoine. On comprend facilement que ces phénomènes sont dus à la compression des gros troncs veineux abdominaux.

Tous les autres symptômes: amaigrissement, toux, vomissements, diarrhée, etc., doivent être considérés comme étrangers au carréau, et comme produits par l'affection primitive. On ne saurait contester la justesse de cette considération, qui a l'avantage de simplifier beaucoup ce point de pathologie.

§ IV. — Marche; durée; terminaison.

La marche du carreau est essentiellement chronique. Diverses affections peuvent en précipiter le cours: ce sont parsois des phlegmasies; mais le plus souvent les sujets succombent aux progrès de la maladie dont le carreau n'est qu'une lésion secondaire. La durée est, par conséquent, indéterminée. Quant à la terminaison, les saits cités par Guersant prouvent que les tubercules mésentériques n'offrent pas par eux-mêmes de grands dangers; mais, je le répète, leur présence annonce l'existence d'une autre affection tuberculeuse mortelle, et, en première ligne, de la phthisie pulmonaire. MM. Rilliet et Barthez ont cependant cité un sait qui prouve qu'un grave accident peut dépendre de la tuberculisation mésentérique elle-même. Un ganglion tuberculeux ramolli a déterminé la persoration de l'intestin par lequel il s'est vidé.

§ V. — Lésions anatomiques.

Des tubercules gros ordinairement comme un marron, quelquesois moins, rarement plus, à divers degrés de consistance, ordinairement crus, quelquesois seulement un peu ramollis, donnant rarement lieu à une excavation: telle est l'altération anatomique essentielle. On a vu quelquesois presque tous les ganglions mésentériques envahis par les productions morbides et formant une énorme masse bosselée, irrégulière, qui parsois rend le mésentère immobile. Les caractères du tubercule y sont les mêmes que partout ailleurs, sauf qu'on ne rencontre pas, dans les cas dont il s'agit ici, les granulations grises demi-transparentes. La raison en est bien simple: c'est que les tubercules sont trop avancés pour cela; car on sait que la granulation tuberculeuse a été, dans d'autres circonstances, rencontrée dans les ganglions mésentériques. On trouve des tubercules plus ou moins avancés dans d'autres organes, et surtout dans les poumons; quant aux autres lésions décrites par quelques auteurs, elles n'appartiennent pas en propre au carreau.

§ VI. - Diagnostic; pronostic.

D'après ce que j'ai dit plus haut, ce n'est pas le diagnostic des tubercules du mésentère qui est le plus important, mais celui de l'affection primitive; cependant, si l'on pouvait reconnaître la première lorsque le diagnostic de la seconde serait environné de difficultés, on aurait atteint un but important, puisque l'on pourrait admettre l'existence de cette dernière, comme nous avons vu arriver

par le diagnostic de la péritonite chronique à celui de la phthisie pulmonaire. Je n'ai pas d'autres signes à indiquer, pour établir ce diagnostic, que ceux que j'ai énumérés plus haut, et il faut convenir qu'ils ne sont pas toujours faciles à reconnaître à cause des difficultés de la palpation.

Quant aux maladies qui pourraient être consondues avec le carreau, ce sont : la péritonite chronique, qui s'en distingue par la douleur, la fluctuation, le météorisme; les tumeurs du soie, de la rate, dont le siège est dissérent, et qu'on limite
par la palpation et la percussion, et ensin les tumeurs des autres organes. Ces
diverses affections saisaient autresois partie d'un état morbide désigné sous le nom
générique de carreau, et de là, comme je l'ai déjà sait remarquer, la vague des
descriptions antérieures à ces dernières années.

§ VII. — Traitement.

Je ne crois pas devoir insister sur le traitement. Si l'on a bien compris la manière dont j'ai envisagé le carreau, on verra, en effet, que ce serait un soin inutile. Qu'il me suffise de dire qu'on doit diriger les moyens thérapeutiques, non contre les tuhercules mésentériques, dont le développement est peu grave par lui-même, mais contre la maladie primitive, et que, d'après les principaux auteurs, les moyens dirigés contre le carreau sont ceux qu'on emploie dans la phthisie pulmonaire. Toutefois je ferai remarquer que le carreau, plus que toutes les autres tuberculisations, a été regardé comme ayant pour cause générale le vice scrofuleux. Je dois, par conséquent, renvoyer aussi au traitement des scrofules et, en particulier, à celui qu'a proposé M. Négrier (1), qui depuis la publication de son premier mémoire a obtenu de nouveaux succès en nombre considérable (2).

LIVRE CINQUIÈME.

Maladies des voies génite-urinaires.

Les maladies des voies génito-urinaires ont de tout temps fixé l'attention des médecins. Mais il est facile de comprendre que pendant longtemps il a été impossible que leur étude sit de très grands progrès. Ces assections out, en esset, presque tontes besoin, pour être bien connues, des lumières de l'anatomie pathologique, qui seules peuvent mettre sur la voie d'un diagnostic solide. Il en est sort peu qui ne soient pas des assections purement locales dont la lésion matérielle constitue le caractère essentiel. Sans doute, dans la recherche des causes, il saut remonter à des conditions générales très importantes à connaître; mais si l'on ne peut pas ensuite étudier convenablement les désordres organiques, on n'a qu'une idée nécessairement vague des diverses maladies dont l'appareil génito-urinaire peut être la siège; on ne peut pas complétement séparer les genres et les espèces, et la détermination exacte de l'assection n'est pas possible. Or ce sont là précisément les

⁽¹⁾ Trail. par les préparat. de feuilles de noyer. (Archives de médecine, 2º série, L. X. p. 397. L. XI, p. 41).

⁽²⁾ Voy. Serofules, L. II, p. 192.

conditions fâcheuses dans lesquelles se trouvaient les médecins avant que les recherches cadavériques, ou l'exploration des organes ou de leurs produits pendant la vie, sussent venues nous saire connaître la liaison qui existe entre certaines lésions déterminées et un ensemble donné de symptômes.

Avant Morgagni, quelques auteurs avaient publié des saits d'anatomie pathologique intéressants, et ce médecin célèbre en a cité un certain nombre qui ont jeté un nouveau jour sur la pathologie des organes génito-urinaires. Cet exemple a été ensuite imité par plusieurs auteurs; mais ce n'est que dans ces dernières années, on peut le dire, que les affections des reins ont été étudiées avec tout le soin désirable; et à ce sujet je dois répéter ici ce que, dans un travail publié en 1842 (1), j'ai dit à propos des affections rénales, dont je donnerai d'abord la description : Les maladies des reins, disais-je en commençant, ont, dans ces dernières années, attiré d'une manière toute particulière l'attention d'un grand nombre d'observateurs. Aussitôt que le docteur Bright eut sait connaître les rapports qui existent entre une affection particulière de cet organe et certaines hydropisies que depuis Cotugno jusqu'à lui on avait signalées sans les rapporter à aucun état organique déterminé, on se livra avec la plus grande ardeur à l'étude des affections rénales. Mais jusqu'à M. Rayer (2), les auteurs n'avaient point embrassé ces affections dans leur ensemble, ils avaient borné leurs investigations à quelques unes d'entre elles et aux modifications de l'urine dans un plus ou moins grand nombre de maladies diverses. » Ce que j'ai dit des maladies rénales s'applique à toutes les affections des organes génito-urinaires, sauf les affections syphilitiques, et c'est ce qui m'a engagé à reproduire ce passage. Si donc, dans le cours de ce livre, j'ai beaucoup moins égard aux recherches anciennes qu'aux modernes, c'est que j'y suis sorcé par la nécessité de mettre de côté des documents incertains qui ne peuvent avoir d'intérêt que dans un travail d'érudition, et qui seraient non seulement inutiles, mais nuisibles au praticien.

On pourrait diviser cette partie importante de la pathologie en deux sections, dont l'une comprendrait les affections des voies urinaires, et l'autre celles de l'appareil génital. Mais cette division, qui paraît si simple au premier abord, présente néanmoins des difficultés, parce qu'il est des maladies qui ont leur siège dans des parties communes à ces deux appareils. Je me contenterai donc de les décrire à mesure qu'elles se présenteront dans les divers organes, en commençant par les reins.

CHAPITRE PREMIER.

MALADIES DES REINS.

Ayant choisi les affections des reins pour exemple de l'incertitude qui a dû nécesmirement régner pendant très longtemps sur l'histoire des maladies des voies génitourinaires, je n'ai pas à revenir ici sur ces considérations; mais je dois saire remarquer que, malgré ces incertitudes, l'étude de ce point de pathologie remonte à la plus haute

⁽¹⁾ Archives générales de médecine, 1842. 3° série. t. XV, p. 69, 299.

⁽²⁾ Traité des maludies des reins considérées dans leurs rapports avec la sécrétion uninaire; Paris, 1839, 1840, 1841, 2 vol. in-8, avec atlas de planches coloriées.

antiquité. Nous voyons déjà Hippocrate (1) diviser les affections des reins en quatre espèces, parmi lesquelles la gravelle, les calculs rénaux et la pyélite purulente se font remarquer par la manière précise dont elles sont indiquées. Puis viennent les écrits de Rusus (2), de Galien, d'Arétée (3), et d'une longue série d'auteurs qui, comme Hippocrate, se sont bornés à donner des descriptions rapides des calculs et des douleurs rénales, sébriles ou non, jusqu'à ce qu'ensin, comme je l'ai dit plus haut, l'étude méthodique des altérations des organes et des urines ait permis d'entrer dans les détails les plus circonstanciés, ce qui a été fait en particulier par M. Rayer, pour toutes les maladies des reins.

Comme je l'ai fait pour le foie, je commencerai par étudier les affections de la substance propre du rein, et puis je passerai à celles des conduits urinaires, ce qui me conduira naturellement aux maladies de la vessie, réservoir où vient s'accumuler le produit de la sécrétion rénale. Les maladies du parenchyme des reins, dont il s'agit ici, sont les suivantes: Apoplexie rénale; néphrite simple aigué; néphrite simple chronique; néphrite rhumatismale et goutteuse (j'admets la néphrite rhumatismale, parce que les recherches anatomiques ont fait voir qu'elle donnait lieu à une production morbide particulière); maladie de Bright ou néphrite albumineuse; cancer; tubercules des reins; acéphalocystes; kystes aqueux; vers rénaux. Je ne place dans cette première partie ni la colique néphrétique, parce qu'elle fait partie de l'histoire des calculs rénaux qui ont leur siège dans les conduits urinaires; ni le diabète, dont le siège est encore incertain, et qui trouvera plus naturellement sa place à la fin de cette section, comme affection due à une altération de la sécrétion urinaire résultant elle-même d'autres altérations fonctionnelles qui seront étudiées avec soin.

ARTICLE Ier.

APOPLÈXIE BÉNALE.

Cette affection n'a été admise que par suite des recherches anatomiques. M. Rayer (4) en a cité quelques exemples; mais les symptômes manquent complétement. Ce n'est donc que pour mémoire et pour mettre le médecin à même d'éclairer ce point obscur par de nouvelles recherches, que je vais indiquer rapidement ici cette lésion.

- « Des ecchymoses, dit M. Rayer, peuvent être rencontrées dans la substance corticale, dans la substance tubuleuse et dans le bassinet.
- On observe aussi des infiltrations sanguines dans le tissu cellulaire de la fissure du rein et du bassinet.
- » L'hémorrhagie des reins se montre quelquesois sous une sorme très remarquable : c'est une sorte d'apoplexie rénale. À la surface extérieure du rein affecté, on aperçoit des éminences noueuses, irrégulières et bosselées, les unes d'un noir soncé, les autres de couleur chamois plus ou moins pure, ou bigarrée de parties

⁽¹⁾ Œuvres complèles d'Hippocrate, trad. par Littré; Paris, 1860, L. VII, Des offections internes.

⁽²⁾ De vesic. renumque affect.

⁽³⁾ De caus, et sign, morb, diul.: De ren, affect,

⁽⁴⁾ Traité des maladies des reins, t, 111, p. 329.

noires. Toutes ou presque toutes ces éminences sont entourées par des lignes d'un brun foncé. A la longue, la substance du rein paraît envahie et gonssée par du sang noir. Son tissu est grenu; nulle part on n'aperçoit de caillots sanguins ni de lacunes résultant de l'absorption du liquide. Le sang est insiltré et combiné avec la substance rénale.

» Le sang ainsi infiltré dans le rein prend plus tard un aspect jaunâtre, analogue à celui des dépôts fibrineux qu'on rencontre dans la rate. Cette altération jaunâtre, qui siège principalement dans la substance corticale, est alors entourée par une ligne rouge irrégulière. Dans quelques endroits, on trouve de petits îlots jaunâtres, isolés des masses principales. On ne peut exprimer le pus de ces masses; l'humeur qu'on obtient par la pression offre le plus souvent, au microscope, une foule de petits globules sanguins, mais point de globules purulents. »

Dans quelles circonstances se produisent ces altérations? Quels sont les symptômes auxquels elles donnent lieu? Les rencontre-t-on fréquemment ou rarement? Voilà ce qu'il est impossible de dire d'après l'observation; d'où il résulte que, dans l'état actuel de la science, ces recherches ne sont qu'un simple objet de curiosité. Il est à désirer que les observateurs ne laissent échapper aucune occasion de combler cette lacune.

Si nous avons dû glisser si rapidement sur cette affection, qui peut-être se produit idiopathiquement, à plus forte raison ne devons-nous pas décrire en détail la simple hypérémie rénale, qui ne s'est montrée que comme lésion secondaire ou comme le premier esset de l'inslammation, et dont la valeur est entièrement inconnue.

ARTICLE II.

NÉPHRITE SIMPLE AIGUE.

Tous les auteurs ont confondu dans une seule et même description la néphrite aigue survenue spontanément, la néphrite traumatique ou par violence extérieure, et la néphrite calculeuse. Relativement aux deux premières, cette confusion n'a aucun inconvénient; mais il n'en est évidemment pas ainsi quand il s'agit de la troisième, surtout si l'on examine la manière dont elle a été généralement envisagée. La néphrite calculeuse, telle que l'entendent les auteurs qui ont écrit avant M. Rayer, celle qui a pour cause déterminante la présence d'un ou de plusieurs calculs dans les reins, ou le déplacement de ces productions morbides dans l'in_ térieur de ces organes, a aussi, comme nous le verrons plus loin, un début particulier, des symptômes propres, une marche ordinairement bien dissérente de celle des deux autres espèces, et, ce qu'il faut bien se rappeler, des lésions dont le siège principal est dissérent. Cette assection, décrite sous le nom de néphrite, n'est, en un mot, dans son expression la plus simple, qu'une pyélite, et l'inflammation qui s'étend à la substance rénale n'est, en pareil cas, que secondaire. Il est donc absolument nécessaire pour le praticien d'en avoir une description à part, et de savoir quels sont les moyens spéciaux qu'on doit lui opposer. Il n'en est pas moins vrai que, lorsque l'inflammation produite par un calcul gagne la substance même du rein, elle ne diffère pas de celle qui se développe spontanément ou qui résulte d'une violence extérieure; mais ce n'est pas une raison pour mêler à la description

de la néparite proprement dite celle de la pyélite, maladie dont la physionomie a des traits si distincts. Malheureusement les auteurs n'ont nullement senti la nécessité de donner ce degré de précision à la pathologie rénaie. M. Rayer, le premier, à consacré un article à part à la pyélite calculeuse, c'est-à-dire à l'inflammation du bassinet occasionnée par les calculs, et c'est là un progrès évident ; cependant il eût été à désirer que, relativement à la néphrite proprement dite, il ne se contentat pas de dire que la néphrite simple aiguë pouvait avoir pour cause les concrétions urinaires, sans rechercher ensuite ce qui appartient à cette espèce. Ce défaut de précision est fàcheux, et rend très difficile la description de l'inflammation des reins. Je tâcherai, dans l'exposé des symptômes, d'indiquer en quelques mots les caractères appartenant à l'inflammation des reins qui est occasionnée par les calculs, et qui est, il ne faut pas l'oublier, très dissérente de la colique néphrétique. En négligeant cette distinction, M. Chomel (1) a tracé une description qui ne permet pas de saisir parfaitement ce qui doit être uniquement rapporté à l'inflammation du rein, des accidents produits par les corps étrangers dans les conduits urinaires qu'ils irritent, et, en particulier, de l'engagement d'un calcul dans la partie supérieure de l'uretère.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

Suivant M. Rayer, il faut comprendre (2) « sous le nom de néphrite simple toutes les inflammations des substances corticale et tuberculeuse des reins produites par une cause mécanique ou accidentelle, et qui sont indépendantes d'une disposition constitutionnelle, d'une diathèse ou de l'action d'un poison morbide. »

Je ne crois pas qu'on doive admettre une semblable définition. D'une part, elle est obscure; on ne saurait, en effet, déterminer la valeur de cette expression, une cause accidentelle, puisqu'on peut se demander quelle est la cause accidentelle qui, dans certaines néphrites spontanées citées par M. Rayer lui-même, a déterminé la production de la maladie; et, d'autre part, il n'est nullement prouvé que les inflammations rénales, rangées par cet auteur dans les néphrites par poison morbide, aient un caractère essentiellement différent des autres. Ainsi, par exemple, l'inflammation des reins qui survient dans la fièvre typhoïde n'est autre chose qu'une lésion inflammatoire secondaire qui est produite par la violence de la fièvre, comme tant d'autres, mais qui, rien ne le prouve du moins, n'emprunte point un caractère spécial au génie de la maladie principale.

D'un autre côté, la définition proposée par les auteurs du Compendium (3) me paraît un peu trop générale, puisque, dans certaines inflammations des reins survenues chez des rhumatisants, la maladie a pour caractère anatomique le dépôt d'une substance particulière, ce qui indique un travail morbide spécial et différent de celui qui a lieu dans l'inflammation simple. C'est donc, ce me semble, aller un peu trop loin que de dire : « On doit désigner sous le nom de néphrite simple toute inflammation partielle ou générale de la substance du rein, quelle qu'en soit la cause. •

Je pense qu'on doit donner seulement le nom de néphrite simple à celle qui, produite par une cause quelconque, ne laisse après la mort que les produits

⁽¹⁾ Recherches sur la néphrite, etc. 'Arch. gén. de médecine, 1837).

⁽²⁾ Loc. cil., t. 1, p. 295.

⁽³⁾ Compendium de medecine, t. VI, art. Néphrite, p. 154.

ordinaires de l'inflammation, c'est-à-dire la rougeur, le gonflement, le ramollissement et la suppuration. Par là nous écartons la néphrite rhumatismale, la néphrite albumineuse, et peut-être quelques autres sur lesquelles nous ne pouvons nous expliquer encore, parce qu'il faut préalablement les étudier avec soin. Faisons observer toutesois qu'il ne s'agit dans cette discussion que de la néphrite aiguë, et reconnaissons que cette définition de la néphrite simple en général donnée par les auteurs du Compendium s'applique parsaitement à la sorme chronique, comme ils l'ont démontré en combattant la manière de voir de M. Rayer.

Cette affection a reçu les noms de nephritis, sièvre néphrétique, instammation des reins, néphritie et même colique néphrétique, parce que, comme je l'ai dit, toutes les maladies des reins donnant lieu à des symptômes aigus ont été décrites comme de véritables néphrites.

La fréquence de la néphrite simple n'est pas grande; ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est l'extrême rareté de la néphrite aiguë simple développée spontanément. C'est au point que M. Chomel a pu mettre un moment en question l'existence même de la maladie : « Quand on a consulté, dit-il, les divers recueils d'observations et lu les différents ouvrages relatifs aux maladies des reins, on trouve si souvent la néphrite développée par des causes directes, telles qu'un coup, une blessure, et surtout par la présence des calculs dans les bassinets ou dans les uretères, ou par tout autre obstacle au cours de l'urine, qu'on peut se demander si les reins ne seraient pas, par leur structure ou leur position, ou toute autre condition inconnue, à l'abri de ces inflammations que nous avons appelées spontanées parce que nous ne connaissons pas les causes qui les produisent, et exposés seulement aux inflammations soit accidentelles, soit symptomatiques. » La pensée exprimée par M. Chomel s'offre, en esset, naturellement à l'esprit; cependant, en présence d'un certain nombre d'observations, on ne peut conserver un pareil doute; aussi cet auteur s'empresse-t-il d'ajouter : « Néanmoins la distinction admise par tous les auteurs d'une néphrite calculeuse et d'une néphrite essentielle, un certain nombre d'observations relatives à des suppurations des reins, dans lesquelles il n'est pas sait mention de la présence des calculs, quelques saits très rares dans lesquels des auteurs dignes de confiance indiquent d'une manière expresse l'absence de ces calculs, ne permettent point de rejeter l'existence de la néphrite spontanée..... Des exemples de néphrite simple spontanée ont été rapportés dans l'ouvrage de M. Rayer; ils sont très peu nombreux. La néphrite par violence externe, ou néphrite traumatique, est plus fréquente; mais c'est l'inflammation des reins causée par des calculs urinaires qu'on observe presque toujours.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Il n'est pas douteux que la maladie dont il s'agit ici ne soit, d'une manière générale, bien plus fréquente dans l'âge adulte et dans la vieillesse que dans l'enfance. Cependant il faut, à ce sujet, faire une distinction : la néphrite causée par la présence des calculs, ou néphrite calculeuse, est relativement moins rare dans la seconde enfance que les autres espèces, ce qui tient à ce que, comme chacun sait, la formation des calculs dans les voies urinaires est assez fréquente à cette époque de

la vie. C'est pour la même raison que les vieillards sont beaucoup plus sujets que les adultes à cette espèce de néphrite.

M. Rayer a cherché à étudier l'influence du sexe sur la maladie; malheureusement il a consondu, dans l'appréciation des causes, la néphrite aiguë et la néphrite chronique, dont il se contente d'étudier séparément les symptômes. Il dit au reste que les chissres qu'il a pu rassembler sont insuffisants. M. Chomel n'a pas sait mention de cette cause prédisposante. En somme, quoiqu'on pense que la néphrite aiguë est plus sréquente chez les hommes que chez les semmes, c'est un sait qui n'est pas démontré.

On n'a point fait de recherches satisfaisantes sur l'influence de la constitution et du tempérament.

« Quant à la fréquence de la néphrite simple (1) dans les différents climats, dit M. Rayer, il est encore plus difficile d'avoir une opinion à cet égard; car on manque de tableaux comparatifs dressés avec soin sur un certain nombre de points. Je n'accueillerai donc qu'avec une extrême réserve quelques observations particulières qu'on s'est hâté de généraliser. Ainsi on a dit que la néphrite et les affections calculeuses étaient plus communes dans les pays froids et humides que dans les pays chauds; mais, d'un autre côté, on sait que la gravelle urique, l'hématurie et les coliques néphrétiques sont endémiques à l'île de France, située sous les tropiques. »

Le même auteur s'exprime ainsi relativement à l'opinion qui admet la plus grande fréquence de la néphrite dans le rein gauche que dans le rein droit: « C'est, dit-il (2), une opinion fort ancienne, née d'un petit nombre d'observations, que le rein gauche est plus exposé à l'inflammation que le rein droit; les calculs sur lesquels repose cette assertion doivent être répétés sur une plus grande échelle. » Dans onze cas observés par M. Louis et dont M. Cossy m'a transmis le résumé, la néphrite, survenant toujours dans le cours d'autres maladies, occupait les deux reins.

On voit que tout n'est qu'incertitude sur les causes prédisposantes que nous venons de passer en revue. Il en est de même relativement à l'influence de la vie sédentaire, de l'habitude de rester longtemps au lit, de coucher sur la plume, d'avoir une nourriture trop succulente, et même de l'hérédité, conditions citées par M. Chomel d'après les auteurs. Toutefois il faut dire que, pour ce qui concerne l'hérédité, on doit porter un jugement un peu moins absolu, parce que, comme nous le verrons plus tard, cette cause est une de celles qu'on remarque dans l'étiologie des calculs urinaires qui donnent, plus souvent que toute autre condition morbide, naissance à l'inflammation du rein. Ce que j'ai surtout voulu faire remarquer, c'est que les recherches sur ces divers points d'étiologie sont tout à fait insuffisantes.

2º Causes occasionnelles.

J'ai dit plus haut qu'on a observé assez souvent une néphrite par violence extérieure, ou néphrite traumatique. La maladie est alors causée par une contu-

⁽¹⁾ Il ne faut pas oublier que M. Rayer parle à la fois de la néphrite aigué et de la néphrite chronique.

⁴³⁾ Loc. cit., t. 1, p. 298.

sion du rein, par une plaie de cet organe, par de violentes secousses, une forte commotion, et même, suivant M. Rayer, par un effort musculaire, dans lequel les parois du ventre se sont violemment contractées. Sans nier absolument l'existence de cette dernière cause, qui du reste est reconnue par tous les auteurs, je dirai que je n'en ai pas trouvé d'exemples authentiques, et que dans les cas de néphrite traumatique cités par M. Rayer il y a eu toujours une cause plus directe, comme un coup de pied de cheval, une chute sur les reins, une plaie, etc.

La néphrite causée par la présence d'un calcul, ou néphrite calculeuse, se rapproche de la précédente sous le rapport de l'étiologie. Il s'agit toujours en effet d'une violence ou plutôt d'une action mécanique exercée sur les reins; seulement, dans les cas de calculs, ces corps étrangers exercent leur action dans l'intérieur même de l'organe. L'irritation et parsois l'inflammation qu'ils déterminent dans les calices et le bassinet se communiquant à la substance du rein, il en résulte une néphrite plus ou moins prosonde.

Il faut encore rapprocher de ces causes la distension des organes par l'urine et le pus. On trouve un assez grand nombre d'exemples de ce genre où l'instammation du rein a été déterminée par un obstacle mécanique variable suivant les cas. Ce sont: 1° La présence d'un calcul obstruant l'uretère; 2° une végétation produisant le même esset; 3° des tumeurs comprimant ce canal; 4° des affections de la vessie, du rectum, de l'utérus; et 5° ensin, d'après M. Rayer, la paraplégie, qui détermine la paralysie de la vessie, et par suite l'accumulation du liquide dans les voies urinaires. L'influence de ces causes n'a point été étudiée de manière qu'on puisse se sormer une conviction bien complète. J'ai dû me borner à désigner l'état de la science sur ce point.

Viennent ensuite d'autres causes qu'on doit considérer comme agissant d'une manière directe, quoique moins immédiate. C'est d'abord l'usage de certains diurétiques : « Le nitrate de potasse, dit M. Rayer (1), administré à des doses très élevées, ou pris à des doses toxiques, peut aussi déterminer l'inflammation des reins. Huzard a constaté expérimentalement ce fait sur le cheval (2); quelques observations faites sur l'homme tendent à le confirmer. » On voit que l'action du nitrate de potasse, comme cause de la néphrite, n'est appuyée que sur des faits assez peu concluants. Huzard, dans l'observation qu'il a citée, a expérimenté sur un cheval morveux, c'est-à-dire dans des conditions où la suppuration des organes s'établit facilement; ces conditions étaient bien mal choisies. Quant aux expériences sur l'homme, qui ne sont qu'énoncées, on peut leur opposer ce dont nous avons été témoins dans ces derniers temps, où le nitrate de potasse a été donné à des doses très considérables aux sujets affectés de rhumatisme articulaire aigu ; les auteurs n'ont pas signalé l'inflammation du rein. Il est vrai que ces sujets étaient aussi dans des conditions particulières. En somme, si l'excitation produite par les diurétiques nous permet de supposer qu'à un certain degré elle peut dégénérer en une véritable inflammation, il faut convenir que nous n'avons pas, pour nous convaincre, une démonstration rigoureuse.

L'action de l'huile de térébenthine n'est pas mieux établie, quoique des obser-

⁽¹⁾ Loc. cit., t. I, p. 443.

⁽²⁾ Expér. et obs. sur les effets du nitre chez le cheval (Journ. de méd., de chir. et de pharm., janvier, 1788).

vations de F. Home (1), de Chopart (2), de Martinet (3), cités par M. Rayer, aient fait voir que cette substance produisait une excitation plus ou moins vive des voies urinaires, et un trouble marqué dans l'excrétion de l'urine. Nous ne pouvons encore avoir sur ce point que des présomptions ou des probabilités plus ou moins grandes.

Les effets des cantharides sur l'appareil urinaire sont bien connus de tout le monde, et lorsque nous arriverons à l'histoire des maladies de la vessie, nous aurons à revenir sur l'action de cette cause; mais ici, il faut le dire, les observations propres à prouver la réalité de leur action dans la production de la néphrite sont bien loin de présenter toutes les conditions nécessaires. M. Rayer n'en cite que trois. Dans la première (4), il est dit simplement que les uretères et les reins étaient enslammés, sans qu'il soit même fait mention de la vessie; dans la seconde, il s'agit d'une phthisique à laquelle on avait appliqué, depuis un temps indéterminé, un vésicatoire, et qui, dans le cours de son affection, sut prise d'envies sréquentes d'uriner, avec urines rares et difficiles, et une douleur augmentée par la pression au niveau du muscle carré des lombes du côté droit. Ces symptômes se dissipèrent en très peu de jours. Y avait-il, dans ce cas, plus qu'une simple excitation de tout l'appareil urinaire? et la douleur, qui avait son siége au niveau du rein droit, suffit-elle pour faire admettre ce diagnostic? Nous verrons plus loin, en étudiant les symptômes et la marche de la maladie, que ces signes ne sont pas suffisants. Ensin, dans la troisième observation, empruntée à M. Giacomini (5), voici ce qui se rapporte à l'état des voies urinaires : « A peine avait-il fini de prendre les cinq huitièmes de grain de cantharidine..., l'urine était devenue déjà abondante, et il la rendait librement d'abord; puis il a senti une douleur au rein droit et une légère chaleur à l'urêtre.... A midi..., les urines se suppriment tout à fait ; le malade accuse une douleur intense aux reins, dans le trajet des uretères et à la vessie. Je ne crois pas que ces faits puissent faire admettre rigoureusement l'existence d'une inflammation de la substance rénale elle-même, d'autant plus que, dans ce dernier cas, comme dans le précédent, et d'une manière plus frappante encore, les symptômes se sont dissipés avec une extrême rapidité, ce qu'on n'observe pas lorsqu'une inflammation s'est réellement établic. Rappelons, du reste, que les expériences de M. Orsila, citées par M. Rayer lui-même, n'ont jamais eu pour résultat l'inflammation des reins, quoique l'empoisonnement ait été déterminé avec la poudre, le principe volatil, l'huile verte, l'extrait aqueux et l'extrait alcoolique de cantharides. Enfin dans un des cas observés par M. Bouillaud (6), ct dont je reparlerai dans l'article Pyélite, le sujet ayant succombé, on n'a trouvé de traces d'inflammation que dans les calices, les bassinets et les uretères.

J'insiste sur cette étiologie, parce qu'il est toujours très important de rechercher si les causes des maladies sont rigoureusement étudiées, et qu'on n'a que trop de tendance à accepter comme parsaitement prouvés des saits qui sont seulement probables. D'ailleurs, dans le cas particulier dont il s'agit, il ne peut pas être indissérent

⁽¹⁾ Medical facts and exp.; London, 1758.

⁽²⁾ Traité des malad, des roies urinaires; Paris, 1821, 1. II.

⁽³⁾ Mem. sur l'empl. de l'huile de térébenth. dans la sciatique, etc.; Paris, 1823.

⁽⁴⁾ Extraite de la Gazette de santé, mai 1819.

⁽⁵⁾ Faits relatifs à la vertu thérapeutique de la cantharidine Lancette française, 1838).

⁽⁶⁾ Rev. méd.-chir. de Paris, janv. et févr. 1848.

an praticien, chargé parsois de constater les désordres occasionnés par les substances toxiques, de savoir quelle est l'action réelle de ces substances sur les divers organes.

L'action du froid humide, surtout le corps étant en sueur, est rangée parmi les causes de la néphrite simple aiguë, et M. Rayer a rassemblé quelques observations dont la plupart présentent tous les symptômes d'une inflammation rénale bien caractérisée. Je citerai en particulier celles qui appartiennent à MM. Sellier (1), Bressand (2) et Boullet (3). Cependant il est très certain que cette cause n'a qu'une influence très limitée; car la néphrite produite par elle est très rare, et peut-être l'existence d'une prédisposition particulière est-elle nécessaire pour sa production.

Telles sont les principales causes attribuées à la néphrite simple aiguë. Il est facile de voir que presque tout reste encore à faire pour éclairer ce sujet difficile et qui doit être signalé aux observateurs.

§ III. — Symptômes.

Dans la description des symptômes, il faut, comme je l'ai dit plus haut, distinguer la néphrite simple aiguë, non déterminée par les calculs urinaires, de la néphrite calculeuse. La première fera presque exclusivement l'objet de ce paragraphe, tandis qu'il suffira d'indiquer quelques particularités de la seconde. Ce a'est pas, en effet, par elle-même que la néphrite calculeuse dissère de la néphrite simple non calculeuse, mais uniquement par les phénomènes que déterminent les calculs; et, comme ces phénomènes ne lui appartiennent pas en propre et seront exposés ayec de grands détails dans un des articles suivants, ce serait tomber dans des répétitions que de leur accorder plus qu'une simple mention.

Néphrite non calculeuse. Début. « Que la néphrite aiguë, dit M. Rayer, survienne à la suite d'une plaie, d'une contusion du rein, de l'impression du froid et de l'humidité, de l'absorption de substances âcres ou vénéneuses, d'une rétention d'urine, etc., son invasion est presque toujours marquée par un frisson plus ou moins prolongé. Lorsque la maladie est légère, lorsqu'elle ne porte que sur un des reins ou sur quelques points seulement de sa surface, le frisson peut être, léger et passer inaperçu. » Il y a beaucoup d'exagération dans cette proposition, si l'on s'en rapporte aux faits cités par M. Rayer lui-même. Le frisson n'est, en effet, mentionné ni dans les néphrites traumatiques, ni dans les néphrites aiguës survenues sans cause connue; et si l'une des observations intitulées par M. Rayer Néparite simple avec symptômes cérébraux est remarquable par la violence du frisson initial, il n'est pas moins digne de remarque que les deux autres, empruntées à Abercrombie (4), n'ont nullement débuté de cette manière. Ce qu'il faut dire pour être dans le vrai, c'est que, dans la minorité des cas, la néphrite simple aiguë débute par un frisson plus ou moins violent, et que, généralement alors, il s'agit d'une inslammation intense. Dans les autres cas, la douleur est le premier phénomène observé, puis viennent les troubles de la sécrétion et de l'excrétion de

⁽¹⁾ Diss. sur la néphrite; Paris, 1832.

⁽²⁾ Id., thèse; Paris, 1814.

⁽³⁾ Id., thèse; Paris, an XII.

⁽⁴⁾ The Edinb. med. and sury. Journ., t. XVII.

l'urine, et les autres phénomènes qui vont être décrits. Les cas qui m'ont été communiqués par M. Cossy sont venus me confirmer dans cette manière de voir. Sous ce rapport donc, l'inflammation des reins ne dissère pas de celle des autres organes, et le frisson qu'elle présente n'a rien de particulier.

La néphrite aiguë qui a été occasionnée par une contusion ou une blessure du rein a cela de particulier, relativement à son début, qu'elle survient au milieu des symptômes produits par la blessure ou par la contusion, ou bien que, ceux-ci s'étant calmés, elle se manifeste par les signes qui lui sont propres. De même, cette maladie se produisant parsois, ainsi que nous l'avons vu, dans le cours d'autres affections des voies urinaires, c'est au milieu des phénomènes causés par ces dernières qu'il faut chercher ceux qui annoncent l'invasion du rein par l'inflammation, et qui sont l'apparition ou la recrudescence de la douleur rénale, et parsois le frisson.

Symptômes. La douleur, qui, contrairement à l'assertion de M. Rayer, s'est montrée fréquemment comme le premier symptôme de la néphrite aiguë, n'occupe ordinairement, suivant cet auteur, qu'un seul côté; je vois, au contraire, que dans ceux qui ont été observés par M. Louis, elle a toujours existé dès le début dans les deux régions rénales. Parfois, après avoir envahi un rein, elle se porte à celui du côté opposé. Quant à la limite que peut occuper cette douleur dans ces régions, il est impossible de la déterminer rigoureusement. Contentons-nous donc de dire, avec M. Rayer, que quelques auteurs ont donné pour limites à la douleur du rein gauche, d'une part la onzième côte, et de l'autre la crête de l'os des iles, et à celle du rein droit ce dernier point et la douzième côte. Suivant M. Naumann (1), la douleur du rein droit gagnerait le foie, et celle du rein gauche les parties inférieures. Ce qu'il importe de savoir, c'est que le point de départ de la douleur est au niveau du muscle carré des lombes, et qu'on observe des irradiations que nous allons indiquer.

Ces irradiations n'ont pas lieu dans tous les cas, et il est très probable qu'on aurait trouvé un plus grand nombre d'exceptions, si l'on n'avait pas confondu dans une seule description la néphrite simple non calculeuse et la néphrite calculeuse. Mais cette confusion est si grande, qu'il est impossible de distinguer clairement, dans les auteurs, les symptômes causés par l'inflammation de la glande urinaire et ceux qui sont produits par l'irritation que détermine la présence des calculs. M. Rayer, qui, plus que les autres auteurs, a recherché ce qui appartient en propre à la néphrite proprement dite, est aussi celui qui a reconnu le plus explicitement la possibilité de cette concentration de la douleur dans la région du rein. Cependant il serait inexact de dire que, lorsqu'il n'existe aucun calcul, la douleur ne s'irradie pas, car elle peut se porter au loin, en suivant certaines directions. Il résulte de la lecture des observations rassemblées par M. Rayer, que lorsque la néphrite n'est pas causée par les calculs, la douleur s'irradie presque invariablement le long des nretères, de la vessie et du canal de l'urêtre, et qu'elle gagne le testicule et même la cuisse du côté affecté. Dans les cas où l'on a vu cette douleur se porter vers l'estomac, vers le foie et vers l'épaule, on a eu presque toujours, si ce n'est toujours, affaire à une néphrite calculeuse. C'est donc là un phénomène important.

Les caractères de la douleur varient suivant les cas. Elle est quelquesois très

⁽¹⁾ Handbuch der medicin. Alinik., t. VIII.

vive et paraît superficielle, et plus souvent elle est sourde et prosonde. Si l'on ne distinguait pas la néphrite non calculeuse de la néphrite calculeuse, il saudrait s'exprimer disséremment, car les douleurs causées par l'action d'un calcul sont presque toujours très vives, et l'on peut dire que la douleur due à l'inflammation n'égale jamais celle que produit un calcul qui se déplace. Nous trouvons ici la même dissérence que nous avons signalée entre la douleur due à l'inflammation du parenchyme du soie et celle que produit un calcul biliaire engagé dans les conduits d'excrétion de ce viscère.

Voici ce que dit M. Rayer relativement à la forme de la douleur : « On a dit que la douleur rénale était quelquesois pulsative, mais il est bien rare qu'elle se présente avec ce caractère ; ce sentiment de pulsation est au contraire ordinaire dans les périnéphrites. » J'ajoute que, d'après les observations de néphrite non calculeuse, la douleur consiste ordinairement dans un sentiment de tension souvent extrêmement incommode.

Un phénomène particulier qui a été signalé par M. Rayer, et qu'il importe de connaître, est le suivant : « On a vu des cas, dit cet auteur, dans lesquels la dou-leur à la vessie était plus vive que la douleur rénale ; il y avait en même temps émission fréquente de très petites quantités d'une urine décolorée et transparente, sans globules muqueux ; et dans des cas où la vessie avait été le siége principal, sinon exclusif, des douleurs, elle n'a présenté, après la mort, que des lésions très légères, tandis que les reins étaient profondément altérés. »

Quoique les points qui viennent d'être indiqués soient ceux qui sont ordinairement occupés par la douleur, il ne faut pas croire qu'ils en soient toujours uniquement le siège. Dans plusieurs observations, en effet, je trouve qu'une grande partie de l'abdomen et la région lombaire tout entière étaient occupées par des douleurs assez vives. Mais, même dans ces cas, ce sont les points dont il s'agit qui sont principalement douloureux.

Ce que je viens de dire s'applique à la douleur spontanée; il importe maintenant d'étudier la douleur à la pression et l'augmentation de ce symptôme sous quelques influences particulières, ce qui n'offre pas moins d'intérêt. Je me contenterai de citer M. Rayer, qui a étudié les faits avec soin, sous ce rapport : « Si, dit-il, on pose la main sur la partie antérieure de la région lombaire, et qu'avec l'autre main appliquée en arrière de la même régiou, on presse fortement, le malade, pour éviter la douleur, soulève quelquefois brusquement le bassin, en arquant la partie inférieure du tronc.

- » La douleur rénale augmente lorsque les malades s'assoient, se courbent en avant, etc.; par la commotion de la toux, par l'éternument, par une inspiration prosonde, et généralement dans tous les mouvements du tronc.
- » La douleur rénale peut être augmentée par le coucher sur le côté affecté; lorsque les deux reins sont enslammés, le malade est étendu sur le dos.
- » La chaleur du lit ou l'application de corps chauds augmentent quelquesois la douleur. »

Quant à la marche de la douleur, on a dit qu'elle offre cela de remarquable, qu'elle n'est pas continue, et qu'elle a des exacerbations séparées par des moments de calme très marqués. En lisant les observations, je n'ai vu cette particularité très prononcée que dans un très petit nombre de cas qui avaient une physionomie

particulière; dans les autres, la douleur offrait quelques exacerbations, mais restait assez vive dans les intervalles. C'est ce qui avait lieu chez les onze malades observés par M. Cossy dans le service de M. Louis.

Si l'on examine la région dans laquelle s'est développée cette douleur si incommode, on n'observe rien de particulier ni sous le rapport de la conformation, ni sous le rapport de la coloration et de la température; le siége de l'inflammation est trop profond pour qu'on puisse en apercevoir aucune trace à la surface. M. Rayer a néanmoins cité un cas où l'on pouvait sentir une tumeur au-dessous du bord libre des côtes, point dans lequel il y avait une vive douleur. Mais les cas de ce genre sont tout à fait exceptionnels.

On a dit que la percussion pourrait être utile pour éclairer le diagnostic de l'inflammation des reins; mais les expériences fatigantes pour les malades, et sans résultat utile, qui ont été faites par M. Piorry, ne doivent pas engager le médecin à employer ce moyen d'exploration. Par la percussion, on ne peut que reconnaître l'existence de la douleur rénale; mais nous avons vu que la palpation, convenablement pratiquée, suffit parfaitement pour cela; et en supposant même qu'on parvînt à déterminer rigoureusement, par ce moyen, l'augmentation de volume du rein, devrait-on acheter la connaissance d'un signe d'une importance aussi secondaire au prix de tous les désagréments que l'exploration occasionne au malade, lorsque nous avons tant d'autres signes qui indiquent l'inflammation rénale, affection qui, quel que soit son siége précis, réclame les mêmes moyens de traitement. Je sais, et je l'ai dit et répété souvent, qu'il faut en médecine des recherches exactes; mais il y a en tout des excès qu'on doit éviter, et celui que je signale ne paraîtra pas contestable à un médecin sérieux.

Après la douleur, le symptôme le plus important est, sans contredit, le trouble toujours très marqué qu'on observe dans la sécrétion et dans l'excrétion de l'urine.

M. Rayer a, sous ce rapport, donné un résumé exact des observations qu'il a rassemblées, et je ne peux, par conséquent, mieux faire que de lui emprunter sa description: « Lorsque, dit-il (1), la maladie est à son début ou dans son état, l'urine est modifiée dans sa quantité, dans son apparence et dans sa composition. La sécrétion de l'urine est toujours diminuée et quelquefois complétement supprimée, surtout lorsque les deux reins sont affectés. L'excrétion de l'urine est rare (deux ou trois émissions dans les vingt-quatre heures), ou bien le malade, tourmenté par des besoins continuels d'uriner, ne rend que quelques gouttes d'urine à la fois; et si l'on introduit une sonde dans la vessie, on ne retire que quelques gouttes d'urine très colorée... »

Ces symptômes ont été étudiés avec plus de rigueur dans les cas que M. Cossy a recueillis dans le service de M. Louis. Ce qu'on a observé dans ces cas qui peuvent être regardés comme des néphrites simples est trop intéressant pour que je puisse me dispenser de rapporter ici la note qui m'a été communiquée à ce sujet par M. Cossy. Je la reproduis textuellement : « Onze malades ont éprouvé dans le cours d'affections diverses, et pendant leur séjour à l'hôpital, les accidents suivants : Douleurs plus ou moins intenses aux lombes, diminution notable ou même suppression presque complète des urines ; chez quelques uns il y avait accélération du

¹¹⁾ Traile des maladies des reins, t. 1, p. 302.

pouls, et de la chaleur. Chez tous les malades, les symptômes se dissipèrent soit spontanément, soit à la suite d'application de sangsues ou de ventouses scarifiées aux régions lombaires, et dans aucun cas ne persistèrent au delà de quarante-huit heures. A part sa diminution de quantité, l'urine n'offrit chez aucun sujet d'altération appréciable dans ses caractères physiques.

- « L'urine, dit M. Rayer, contient toujours une certaine quantité de sang dans la néphrite aigue traumatique, lorsque l'inflammation se déclare peu de temps après la blessure. On voit aussi quelquesois une certaine quantité de sang ou de sérum se mêler accidentellement avec l'urine, la rendre sanguinolente ou albumineuse dans d'autres néphrites simples aigues, produites par l'impression du froid et de l'humidité, ou par l'absorption des cantharides. »
- M. Rayer signale ensuite la présence de l'albumine dans un bon nombre de cas de néphrite simple, et fait observer que cette substance ne se montre pas, en pareil cas, d'une manière constante; puis il constate que ce liquide est légèrement acide, quelquefois neutre ou alcalin, que l'acide urique et les urates y sont en moins grande proportion que dans l'urine saine, et que le dépôt muqueux, ou plus rarement le léger sédiment de pus qui peut se montrer dans l'affection qui nous occupe, appartient, non à la néphrite elle-même, mais à l'extension de l'inflammation aux calices et au bassinet; enfin il ajoute:
- "L'apparence ou les caractères physiques de l'urine sont nécessairement variables dans la néphrite simple aigué. Lorsque l'urine contient une certaine quantité de sang, elle peut être d'un rouge plus ou moins vif ou d'un brun foncé; ce qui a fait dire à quelques pathologistes que, dans la néphrite, l'urine avait une teinte plus foncée que dans aucune autre maladie inflammatoire.
- Dans une variété de néphrite (néphrite arthritique), l'urine présente quelquefois une teinte foncée due à un excès de matière colorante de l'urine. Dans ce cas,
 l'urine est très acide et offre par le refroidissement un dépôt considérable d'acide
 urique et d'urates. » J'ai cité cette assertion de M. Rayer, quoique jusqu'à présent il n'ait point été question de cette variété de néphrite, dont je dirai un mot
 plus tard; j'ai cru devoir le faire, parce que cette proposition tend à propager une
 erreur. On pourrait croire, en effet, en lisant ces lignes, que les caractères de
 l'urine, qui viennent d'être indiqués, appartiement à la néphrite elle-même,
 que sans l'existence de la néphrite ils ne se manifesteraient pas; mais à propos de
 la néphrite rhumatismale, l'auteur dit lui-même que cette apparence des urines
 est un symptôme de la maladie générale, et n'est nullement de nature à faire
 soupçonner l'affection des reins. Il était important de constater ce fait.
- *Lorsque la néphrite simple aiguë, ajoute M. Rayer, est dans son état ou à son summum, et lorsqu'elle n'a pas été produite par une plaie ou une contusion, le plus souvent l'urine ne contient pas de sang; alors elle est pâle, ou peu colorée, peu chargée d'acide urique; ce qui a fait ajouter que, dans la néphrite, au plus haut degré d'intensité, l'urine était tout à fait aqueuse....
- On a dit que dans la néphrite l'urine était trouble et purulente lorsque la maladie se terminait par suppuration, et que l'urine présentait alors un sédiment blanc et purulent. Mais ce caractère appartient bien rarement à la néphrite. Ordinairement le pus est le produit de l'inflammation de la membrane interne du bassinet, de l'uretère, de la vessie et de l'urètre, qui complique souvent, il est

vrai, celle des substances rénales proprement dites. Dans des cas de néphrite simple aiguë avec dépôts de pus dans la substance corticale, sans inflammation du bassinet et des autres parties des voies urinaires, j'ai constaté plusieurs fois, pendant la vie, que l'urine ne contenait pas de pus. On a regardé comme provenant de la substance rénale proprement dite en suppuration le pus fourni par de véritables pyélites aiguës ou chroniques. Je n'ai rencontré, dans l'urine, le pus provenant des substances rénales que dans des cas très rares où les mamelons étaient atteints d'une inflammation ulcérative, ou lorsqu'un foyer de pus, formé dans le rein, s'était fait jour dans le bassinet. » Dans les cas de suppuration des reins, recueillis par M. Cossy, les urines n'ont pas été purulentes, mais seulement troubles, ce qui vient confirmer les remarques de M. Rayer.

« En résumé, ajoute cet auteur, de tous les caractères que présente l'urine dans la néphrite simple aiguë, il n'en est aucun qui, considéré en lui-même, puisse saire reconnaître cette maladie. »

J'ai cru devoir donner ces détails, quoiqu'ils ne nous aient conduits qu'à des résultats négatifs, parce qu'aujourd'hui les médecins s'occupant beaucoup des altérations des humeurs dans les maladies, il est indispensable de savoir ce qu'ont produit les recherches déjà entreprises, et que, pour le diagnostic, il faut avoir un point de comparaison précis. Si M. Rayer est parvenu à des résultats différents de ceux que les auteurs qui l'ont précédé ont annoncés d'après une simple inspection, c'est que, d'une part, il a examiné les choses de plus près, et que, de l'autre, il a distingué l'inflammation de la substance même du rein de celle des premières parties des conduits urinaires. Or, comme cette distinction a son importance, et que nous l'avons admise, ce sont ces résultats que nous devons adopter.

M. Becquerel (1), ayant recherché, dans un petit nombre de cas (six) de néphrite sans inflammation des conduits urinaires, l'état des urines, a trouvé tout simplement qu'elles étaient fébriles (c'est-à-dire peu aqueuses, foncées en couleur et chargées de matières salines, car c'est là ce que cet auteur entend par l'expression d'urines fébriles) sans autre altération. Mais cela ne change rien à ce que nous venons de dire, car tout dépend de l'époque à laquelle l'observation a été faite; et, comme M. Becquerel ne nous l'apprend pas, nous n'avons aucune déduction à tirer de ces faits.

La rétraction du testicule du côté malade a été observée un assez grand nombre de fois, et sur trois cas en particulier où la néphrite s'était devéloppée sans cause appréciable, ce phénomène s'est montré deux fois. En pareil cas, le testicule se porte vers l'anneau, laissant le scrotum de son côté ridé et revenu sur lui-même. Parfois cette rétraction est douloureuse. Je dois toutefois faire remarquer, à propos de ce symptôme, qu'il est probable que, dans plusieurs des cas cités comme des exemples de néphrite simple avec rétraction du testicule, il y avait plutôt une pyélite causée par un calcul rénal; car la néphrite, en l'absence de calcul des reins, affecte bien rarement un seul de ces organes. C'est ce qui résulte de l'examen des faits observés par M. Louis et recueillis par M. Cossy. De tous ceux, en effet, où l'existence de la néphrite a pu être vérifiée par l'autopsie, il n'en est aucun où une néphrite simple soit aiguë, soit chronique, ait été bornée à l'un des reins. Or,

¹⁾ Semeiolique des urines; Paris, 1841.

comme la rétraction du testicule n'est presque jamais mentionnée que d'un seul côté, il est plus que probable qu'elle a été occasionnée maintes fois par une véritable colique néphrétique.

Tous les auteurs ont longuement insisté sur les dérangements qui surviennent du côté des voies digestives dans la néphrite simple aiguë; mais aucun ne les a étudiés avec toute la rigueur nécessaire. On a cité, comme appartenant à cêtte maladie, les nausées, les vomissements, les vomituritions, les douleurs intestinales, la constipation; mais ces phénomènes appartiennent bien plus à la néphrite occasionnée par les calculs qu'à celle dont il a été question jusqu'à présent; et s'il est des cas où il y a eu des vomissements de matières bilieuses, muqueuses, ou ayant quelquesois l'odeur urineuse, sans qu'il ait existé aucun calcul dans le rein, on doit les regarder comme entièrement exceptionnels. Ce qui appartient réellement à la néphrite dont il est ici question, c'est l'enduit muqueux de la langue, un certain degré de soif, l'anorexie; en un mot, des symptômes communs à toutes les inflammations assez intenses pour déterminer un mouvement fébrile.

Les symptômes généraux de la néphrite simple aiguë sont très difficiles à apprécier avec les documents qui noûs sont fournis par les auteurs. Ce que nous savons de plus précis, c'est que, au moment où l'inflammation prend un assez haut degré d'intensité, le pouls devient dur, élevé, fréquent, et que, si la maladie fait de grands progrès, il devient petit, concentré, sans perdre de sa fréquence, ou même en présentant un plus grand nombre de pulsations. En même temps la peau est chaude et sèche. On a remarqué dans les symptômes généraux ces exacerbations tranchées, que j'ai déjà signalées à propos de la douleur, et ces exacerbations ont été quelquesois tellement violentes, que la maladie a simulé des accès de fièvre intermittente pernicieuse. Mais ce sont là encore des cas exceptionnels que nous ne devous même accepter qu'avec quelques restrictions, parce qu'il n'est pas parsaitement prouvé que le déplacement d'un calcul ne fût pas uniquement la cause de ces phénomènes rémittents. Dans les faits observés par M. Cossy, il n'y a eu rien de semblable.

Soivant M. Rayer, il n'y a pas un rapport constant entre l'intensité de la sièvre et les principaux symptômes locaux, c'est-à-dire la douleur rénale et la diminution de la sécrétion urinaire. Cette proposition peut être juste; mais si l'on admettait sans discussion les faits rapportés par l'auteur que je viens de citer, on courrait risque de tomber dans une grande exagération. M. Rayer a rassemblé, en esset, plusieurs cas dans lesquels il y avait fièvre très violente, coma, stupeur, putridité, et il les a donnés comme des cas de néphrite simple aiguë. Mais, quand on examine attentivement les observations, on voit qu'il n'est nullement prouvé qu'il n'existat pas, en même temps que l'affection rénale, une maladie générale, et en particulier une infection purulente, qui n'a pas été recherchée dans tous les cas, il s'en faut. Il ne répugne pas toutefois d'admettre qu'une maladie qui détermine promptement la suppuration, la désorganisation d'un organe comme le rein, puisse produire des symptômes généraux très intenses; le coma, le délire, la stupeur étant sous l'influence de la sièvre, tout dépend de l'intensité de celle-ci, et l'on sait que, dans la plupart des inflammations, il y a un certain nombre de cas où ce mouvement fébrile est hors de toute proportion; mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'il faut, pour que ce fait puisse être convenablement apprécié et pour qu'on puisse savoir si la néplirite présente sous ce rapport quelque chose de particulier, que les recherches soient plus exactes et plus rigoureuses qu'elles ne l'ont été jusqu'à présent.

Lorsque la maladie tend à sé terminer par la guérison, la sièvre tombe en même temps que la douleur commence à s'apaiser; puis celle-ci disparaît peu à peu; les urines deviennent plus faciles, plus abondantes, et le malade entre promptement en convalescence. Dans le cas contraire, le pouls devient petit et serré, les urines se suppriment, il survient de l'abattement, et c'est alors qu'on voit succomber les malades dans le délire et le coma. Lorsqu'il se sorme un ou plusieurs soyers purulents dans la substance du rein, il se maniseste quelques phénomènes dont il importe de dire un mot à part, bien que ce sujet n'ait point été, à beaucoup près, convenablement étudié.

Abcès du rein. Lorsqu'un ou plusieurs abcès se forment dans le rein, on peut croire d'abord (à moins que ces lésions ne soient le résultat d'une infection purulente, auquel cas la maladie générale prédomine), on peut croire que l'affection tend à une terminaison favorable, parce que la douleur se calme et que le malade éprouve un bien-être momentané; mais bientôt le pouls reprend de la fréquence; une gêne, une pesanteur, parfois une douleur pulsative se font sentir dans la région rénale, et l'on observe enfin de petits frissons revenant par accès, état qui se prolonge pendant plusieurs jours. Les cas de ce genre où l'abcès n'occupe que la substance rénale même sont bien rares, et le plus souvent le tissu qui environne le rein participe à l'inflammation; il y alors complication de périnéphrite, pour nous servir de l'expression de M. Rayer.

- « Cette collection purulente, dit Boyer (1), produit entre les muscles et le péritoine une tumeur s'étendant plus ou moins dans la région lombaire, et qui se prolonge quelquesois en devant sur les côtés du ventre. Chez quelques individus, la résistance et l'épaisseur des parois de l'abdomen ne permettent pas au liquide de faire saillie au dehors : il se porte alors vers la colonne vertébrale et le bassin, et dans ce cas il est fort difficile de reconnaître sa présence. Néanmoins la chose n'est pas toujours impossible, surtout si l'on prend la précaution de faire coucher le malade sur le côté et de comprimer les parois du ventre en différents sens pour rassembler le pus dans un foyer plus étroit, ce qui rend la fluctuation moins obscure.
- Dans les cas dont nous venons de parler, le diagnostic est très obscur; il l'est un peu moins quand le pus prend sa direction vers les lombes. Quelquesois alors l'abcès sorme dans cette région une tumeur dans laquelle l'ondulation du liquide se sait distinctement sentir. D'autres sois la fluctuation est douteuse, ou ne peut être reconnue: il est même des cas où il n'y a pas de signes extérieurs qui indiquent le siège du pus, si ce n'est quelquesois un empâtement, une cedématie des téguments... Lorsqu'on sait placer le malade sur le ventre ou sur le côté opposé, pour rendre saillante la partie assectée, il éprouve le sentiment d'un poids suspendu à cette partie... »

Dans cette description il n'est pas sait mention de la présence du pus dans les urines, et avec raison, puisque avec M. Rayer on doit reconnaître que dans les cas

⁽¹⁾ Trailé des maladies chirurgicales, L. VIII, 4º éd., p. 477.

d'urine purulente le pus vient des calices ou des bassinets et non du rein lui-même. Cependant on a cité quelques faits fort rares dans lesquels un abcès rénal s'est ouvert dans le bassinet; l'apparition subite d'une quantité considérable de pus dans les urines, qui jusqu'alors avaient eu les caractères décrits plus haut, le soulagement qu'éprouve le malade, l'inflammation de la vessie qui peut résulter du passage de cette matière purulente, serviront à faire reconnaître cette rupture de l'abcès dans les conduits urinaires. On a vu aussi quelquesois la collection purulente s'ouvrir et se vider dans le colon; il survient alors absolument les mêmes phénomènes que dans les cas de rupture d'abcès du foie ou de la vésicule biliaire dans le même intestin; il serait par conséquent inutile de reproduire ici des signes déjà exposés avec détail (1). Disons seulement que dans les cas où l'on a été porté à admettre l'existence d'un abcès du rein, on doit, si l'on voit survenir un soulagement très prompt et très considérable, examiner avec soin les selles anssi bien que les urines, car l'existence du pus dans les selles est le signe capital de cette rupture de l'abcès rénal dans l'intestin.

M. le docteur Hutton (2) a vu chez un enfant de cinq ans une périuéphrite dans laquelle la capsule propre décollée formait un sac plein de matière purulente qui entourait le rein. Il y avait fistule rénale.

Néphrite calculeuse. Début. Il semble que rien ne soit plus facile que de fixer le début de la néphrite calculeuse, ou, pour mieux dire, de la néphrite produite par la présence d'un calcul. Les auteurs qui n'ont établi aucune distinction entre l'inflammation de la substance du rein et celle des calices et du hassinet, n'ont eu en effet à indiquer que les symptômes violents, subits, qui résultent de l'engagement de ces calculs dans un canal qu'ils irritent, ou de leur déplacement dont la conséquence est de mettre leurs aspérités en contact avec la membrane des cavités où ils se trouvent. Mais comme il n'y a aucun rapport réel entre cet état morbide et les symptômes occasionnés par l'inflammation de la substance rénale elle-même, on ne peut, en bonne logique, dire que c'est là le début de la néphrite.

Si nous examinons les faits, nous voyons qu'il est impossible de dire quel est le moment où l'inflammation a envahi cette substance, et par conséquent de déterminer le début de la maladie qui nous occupe ici. Si l'on parvient plus tard à s'assurer que le rein est atteint de phlogose, les symptômes de colique néphrétique serviront à faire reconnaître la cause à laquelle il faut rapporter cette affection; ils nous apprendront qu'il s'agit d'une néphrite calculeuse; mais, je le répète, quand on ne se laisse pas tromper par de simples apparences, on ne peut, avec, la plupart des auteurs, attribuer ces symptômes à la néphrite elle-même. Je reviendrai sur ce point lorsque j'aurai à traiter de la colique néphrétique.

Symptômes. Est-il quelque signe certain qui fasse reconnaître l'existence de l'inslammation aiguë de la substance du rein dans les cas de calculs biliaires?

Il n'y a évidemment que l'augmentation de volume et la grande sensibilité de l'organe, lorsqu'on peut les constater par la palpation, et encore saut-il être très réservé dans le diagnostic, car l'obstacle qui s'oppose à l'écoulement de l'urine et du pus peut occasionner une distension considérable du bassinet et des calices, d'où résulte une ampliation du rein qui est de nature à en imposer pour une aug-

⁽¹⁾ Voy. Abcès du foie, t. III.

⁽²⁾ Dubl. quart. journ. of med., novembre 1848.

mentation de volume de sa substance. Quant à l'écoulement du sang et de la matière purulente, à la violence des douleurs, à leurs irradiations, à la brusque disparition des symptômes, à leur retour, etc., ce sont des signes de la colique néphrétique, dans laquelle l'inflammation reste le plus souvent bornée aux membranes des calices et du bassinet, et où l'on ne peut pas voir une néphrite proprement dite.

Il résulte de ce que je viens de dire que, dans l'état actuel de la science, la néphrite calculeuse ne doit être regardée que comme une simple extension d'une inflammation bien plus importante, qu'elle n'apporte à la maladie principale aucun changement bien intéressant à constater, et que par conséquent elle ne doit pas préoccuper le praticien.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

Nous avons vu, en parlant de la douleur et de la fièvre, que ces symptômes ont été regardés comme plus manifestement intermittents dans l'affection qui nous occupe que dans la plupart des autres affections non périodiques; mais nous avons fait aussi remarquer l'exagération de cette proposition. Il est certain néanmoins que, dans quelques cas de néphrite simple non calculeuse, la maladie a marché de manière à simuler jusqu'à un certain point une fièvre intermittente pernicieuse. M. Rayer en a cité un exemple remarquable; mais, dans le plus grand nombre des cas, les alternatives d'exacerbation et de sédation n'ont pas été telles, il s'en faut de beaucoup, qu'on puisse établir ce fait en règle générale. Lorsque cette intermittence plus ou moins marquée vient à se montrer, on ne peut s'empêcher de rapprocher les faits de ce genre de ce qu'on observe parfois dans d'autres affections des voies urinaires où le cathétérisme suffit pour produire une fièvre intermittente très marquée. Toutefois il faut attendre, pour apprécier ces faits d'une manière précise, que des observations plus exactes et plus nombreuses soient venues dissiper tous les doutes qui peuvent encore exister.

La durée de la maladie est variable suivant les cas. Dans les observations rapportées par M. Rayer, on voit que, lorsque la guérison a eu lieu, elle a pu être en général constatée du septième au neuvième jour, si la néphrite était simple, non calculeuse, et si l'affection ne se terminait pas par suppuration. Nous avons vu plus haut combien était courte la durée de l'affection dans les cas observés par M. Louis, et nous avons en particulier noté que la suppression de l'urine n'avait jamais duré plus de quarante-huit heures. Dans la néphrite calculeuse, il est impossible de dire quelle est la durée du mal, puisqu'on ne peut, d'aucune manière, ainsi que nous l'avons vu plus haut, connaître le moment où l'inflammation s'empare de la substance du rein. Tout ce que nous savons, c'est qu'une fois la cause déterminante (c'est-à-dire le calcul) enlevée, la guérison est extrêmement rapide. Lorsqu'il se forme un ou plusieurs abcès, la maladie a toujours une assez longue durée, car l'évacuation du pus, quelle que soit la voie par laquelle elle se fait, et la cicatrisation de l'organe, demandent toujours un temps considérable.

La néphrite simple aiguë qui n'a pas pour résultat la suppuration est une maladie qui, d'après les observations de M. Rayer, se termine ordinairement par une guérison solide. Mais ici se présentent les objections que j'ai déjà dû adresser à un certain nombre des observations citées par cet auteur. L'ingestion de certains posons produit-elle une inflammation véritable? Et lorsque les accidents du côté des voies urinaires se sont calmés aussi bien que les accidents généraux, peut-on dire qu'il y a guérison d'une néphrite? C'est ce qui n'est nullement démontré. Mais dans des cas de néphrite simple aussi bien caractérisée que possible, produite par des causes toutes différentes, la guérison a été obtenue, en sorte qu'il ne s'agit ici que d'une question de nombre. D'ailleurs nous avons vu que, dans les cas recueil-lis dans le service de M. Louis, des accidents notables, et qu'on peut très bien rapporter à une néphrite simple, se sont promptement dissipés.

Lorsque la suppuration s'empare de l'organe, l'affection est presque toujours mortelle, et cette terminaison a lieu soit avant l'évacuation du pus, et pour ainsi dire par la seule force du mal, soit après l'évacuation du pus par diverses voies, et par suite de l'affaiblissement graduel du malade ou des accidents divers qui peuvent survenir. Lorsque j'ai eu à traiter de la péritonite par rupture d'un abcès, j'ai mentionné celle des abcès des reins dans le péritoine, cas rare et toujours mortel.

§ V. — Lésions anatomiques.

L'anatomie pathologique de la néphrite a été mieux étudiée que les autres points de son histoire; mais il me suffira d'indiquer les principales lésions, les détails dans lesquels les auteurs sont entrés n'étant pas de nature à trouver place dans cet ouvrage.

L'augmentation, parsois très considérable de volume, la rougeur et le ramoltissement de l'organe, lorsque la suppuration ne s'en est pas encore emparée, sont les lésions caractéristiques de l'inflammation à l'état aigu. C'est la substance corticale qui est le siège de ces altérations. Les diverses sormes d'injection d'où résulte la rougeur sont assez nombreuses, d'après les recherches de M. Rayer. Cet auteur a vu un pointillé rouge vis, l'injection marquée des vaisseaux corticaux, d'où il résultait que les polygones veineux étalent plus visibles, etc. Quelquesois les glandules de Malpighi se sont montrées à la coupe et souvent à l'extérieur du rein, sous la forme de petits points noirs isolés ou rapprochés, en groupes ou en stries.

M. Rayer a trouvé quelquesois un endurcissement du rein, au lieu d'un ramollissement, à la suite d'une inflammation aiguë. Est ce là un mode de
terminaison de l'inflammation? C'est ce que l'analogie doit uous porter à penser;
toutesois on ne doit admettre cette manière de voir qu'avec une certaine réserve,
car l'auteur ne nous dit pas combien de temps après le début de l'inflammation est
survenue la mort. M. Rayer a vu aussi des points anémiques au milieu de parties
rouges endurcies, etc.

Lorsque la suppuration s'est emparée de l'organe, on observe les particularités suivantes : « Le dépôt de pus dans les substances rénales a lieu, dit M. Rayer, sous diverses formes, qu'on rencontre surtout dans la substance corticale, plus fréquemment enflammée que la substance tubuleuse. Pour être reconnus, plusieurs de ces dépôts exigent une assez grande attention. Ainsi de petits dépôts de pus du volume de la tête d'une grosse épingle, situés au centre des polygones du réseau vasculaire du rein, apparaissent à l'œil nu comme des grains de sable blanchâtre,

entourés d'un liséré d'un rouge brunâtre; presque toujours aussi ils sont entremélés de petits points rouges, dans lesquels le pus n'est pas encore déposé.

Mais en général ces petits dépôts sont plus apparents; ils égalent, suivant M. Rayer, le volume d'une grosse pustule d'impétigo, et peuvent se présenter avec la grosseur d'une noisette et une plus grande encore. Ils sont disséminés ou rassemblés en groupes semblables aux abcès multiples que nous avons décrits tans le foié. Enfin parfois on trouve une infiltration purulente de la substance corticale et tubuleuse. Il est très rare de voir le pus rassemblé en un foyer unique.

M. Rayer a vu quelquelois un véritable ramollissement gangréneux, et la gangrène du rein a été indiquée par beaucoup d'auteurs; je n'en ai pas parlé dans les symptômes, parce que, pendant là vie, on n'a rien observé de particulier dans les cas de ce genre, ou du moins on n'a pris note d'aucun signe important.

Enfin le même auteur a constaté que, dans la néphrite traumatique, et particulièrement à la suite d'une déchirure des reins, il se dépose le plus ordinairement, non du pus, mais de la lymphe plastique, principalement constituée par de la fibrine décolorée.

On voit que les lésions de la néphrite aiguë ne disserent pas sensiblement de celles des autres inflammations des parenchymes. La dissémination des soyers parulents est seule remarquable; mais est-il bien certain que, dans un bon nombre des cas observés, il n'y eût pas une phlébite suppurative dont les abcès multiples sont la conséquence, et, dans les cas de ce genre, devrait-on admettre l'existence d'une inflammation simple?

§ VI. - Diagnostie; promostie.

Il suffit de parcourir le paragraphe que M. Rayer a consacré au diagnostic de la néphrite simple, pour s'assurer qu'il présente d'assez grandes difficultés. Les maladies avec lesquelles on pourrait confondre l'inflammation simple aigué du rein ont leur siège dans le même organe, ou lui sont étrangères; ce sont les premières qui présentent surtout les difficultés dont je viens de parler.

L'inflammation des calices et du bassinet donne lieu aux principaux symptômes de la néphrite; mais nous avons vu, d'une part, que la présence du pus dans l'urine est un caractère de la pyélite, et n'appartient pas à la suppuration du tein lui-même, quoique longtemps on ait pensé le contraire. Il n'y aurait donc rion de difficile dans ce diagnostic, si l'on pouvait s'assurer que le pus ne vient pas de la vessie; mais suivant M. Rayer, qui a fixé son attention sur ce point, a il est très difficile, pour ne pas dire impossible, dans la plupart des cas, de s'assurer que la vessie est complétement saine, » Voilà donc un diagnostic que nous ne pouvons pas préciser.

Maintenant peut-on dire, avec M. Rayer, qu'il est permis « d'affirmer que les substances rénales sont enslammées, lorsqu'à une douleur aigué dans un des reins se joignent des vomissements, des symptômes cérébraux on des symptômes putrides? « Cette proposition demanderait à être appuyée sur une analyse plus rigorreuse des faits. Sans doute, des symptômes généraux très graves existant, s'il survient des symptômes locaux du côté des reins, on devra admettre que ces organes sont enslammés; mais il restera à savoir s'il s'agit d'une lésion primitive ou secon-

daire; si la néphrite n'est pas simplement la conséquence d'un violent mouvement sébrile appartenant à une antre maladie, par exemple à l'insection purusente, à la sèvre typholide, etc., auquel cas ce serait une erreur de diagnostic que de voir teute l'affection dans la néphrite. Quant aux vomissements, ils n'annoncent en aucune manière que la substance rénale est enslammée, puisque, comme nous le verreus plus tard, en les voit fréquemment survenir dans la colique néphrétique, alors que tous les désordres sont concentrés dans les parois des cavités rénales ou dans les conduits qui en partent. La suppression de l'urine appartient plus particulièrement à l'instammation de la substance rénale; aussi est-ce un des signes sur lesquels l'attention dost être principalement sixée.

M. Rayer, qui s'est particulièrement occupé de ce sujet, pose ainsi le diagnostic entre l'inflammation de la substance du rein et celle du tissu cellulaire qui l'enmure. « Lorsque, dit-il, à la suite d'une contusion ou de toute autre cause, il se développe dans le tissu cellulaire extérieur du rein une inflammation accompagnée de doubeur, si la maladie est à son début, il est souvent difficile de la distinguer de l'invasion d'une néphrite. Toutefois il est rare qu'on observe, dans ce cas, une diminution aussi marquée de la sécrétion urinaire que dans la néphrite. » On voit combien ce sigue distinctif est faible.

Il est beaucoup plus facile de distinguer la néphrite simple aigué de la colique néphrétique. Dans celle-ci, la douleur survient très rapidement, et souvent d'une manière subite. Elle est fréquemment excessive; elle occasionne des lipothymies, me agitation, une anxiété extrêmes. L'urine est promptement diminuée ou supprimée; le pissement de sang apparaît rapidement, et enfin la face est altérée, le pouls petit, misérable. En présence de ces phénomènes, on ne saurait être dans le doute, et si, dans des cas exceptionnels, on restait un moment en suspens, le changement de place de la douleur quand le gravier descend le long de l'uretère, et la cessation brusque et complète des accidents lorsqu'un ou plusieurs graviers sont rendus, viendraient fixer le diagnostic, ce qui ne devrait pas être oublié, parce que les malades étant disposés à de nouvelles attaques, le retour des mêmes accidents serait alors facilement jugé.

On a parlé de douleurs rénales auxquelles on a donné le nom de néphrulgies. Comme j'aurai à m'expliquer sur ces douleurs dans un article particulier, il serait prématuré de m'en occuper ici.

Parmi les affections étrangères au rein qui pourraient en imposer pour une néphrite aigné, nous trouvons d'abord la colique hépatique. Mais dans la néphrite, il n'y a pas d'ictère; l'urine est très notablement diminuée ou supprimée, ce qui ne s'observe pas dans la colique hépatique, à laquelle les vomissements bilieux appartiement plus particulièrement, et qui présente, en outre, la décoloration des selles et l'état bilieux des urines. Enfin, le siège de la douleur, qui détermine une différence tranchée entre cette inflammation du rein gauche et la colique hépatique, et qui est ordinairement assez différent dans celle-ci et dans l'inflammation du rein droit, la rétraction du testicule, la douleur, l'engourdissement de la cuisse, propres à la néphrite, suffisent pour rendre le diagnostic précis. La direction de la douleur ne serait pas seule un signe suffisant, puisque, dans quelques cas que j'ai signalés (1), elle est la même dans les deux affections; mais, d'une part, ces cas

li Voy., plus haut, Colique hépatique.

sont fort rares, et, de l'autre, le siège de la douleur n'acquiert une valeur réelle que quand il est réuni à ceux que je viens de mentionner.

Le lumbago peut-il être confondu avec une néphrite? Il faut convenir du moins que, s'il en est ainsi, ce n'est que dans des circonstances bien extraordinaires. Voici toutefois comment M. Rayer établit ce diagnostic : « Le lumbago, dit-il, né le plus souvent sous l'influence du froid et de l'humidité, presque toujours accompagné ou précédé de douleurs rhumatismales, attaque ordinairement les deux côtés des lombes; la douleur qui l'accompagne s'exaspère plus sensiblement que celle de la néphrite par certains mouvements du corps que les malades sont pour s'asseoir lorsqu'ils sont couchés, ou pour changer d'attitude. Cependant les douleurs rénales sont quelquesois augmentées par de certains mouvements ou de légères pressions, et par la toux; mais, dans le lumbago, jamais on n'observe ni la diminution notable de la sécrétion urinaire, ni l'angoisse, ni les autres symptômes graves de la néphrite (1).

Ensin, plusieurs auteurs, et en particulier M. Rayer, ont posé le diagnostic entre la néphrite et la cystite, le psoitis, la péritonite partielle. Les symptômes dissèrent tellement dans ces affections, dont deux (la cystite et le psoitis) n'ont pas été encore décrites dans cet ouvrage, que je ne dois pas entrer dans ces détails.

Je dirai seulement quelques mots sur une question soulevée par M. Rayer, au sujet d'une erreur dont l'intermittence de la maladie, dans certains cas, aurait été la cause. Si l'on parcourt les observations citées par les divers auteurs, et par M. Rayer lui-même, on voit que les erreurs de ce genre ont dû être au moins extrêmement rares, et l'on ne peut douter qu'il ne faille les attribuer plutôt au peu d'attention des observateurs qu'à la nature insidieuse des symptômes.

De tous les faits cités par M. Rayer, il n'eu est aucun où le caractère intermittent de la maladie ait paru plus tranché que celui qu'il a empronté à Dance (2). Or, dans ce cas, bien qu'il y eût des exacerbations sébriles très marquées tous les matins, on ne douta pas de l'existence d'une néphrite pendant presque tout le cours de la maladie, et si à la fin on eut recours au sulfate de quinine, c'est es désespoir de cause, en voyant le malade près de succomber, et dans un moment où les apparences les plus légères nous engagent à recourir à des médications particulières. La marche de la maladie n'avait, en esset, qu'une ressemblance grossière avec une sièvre intermittente pernicieuse, ce dont on peut s'assurer par la lecture de l'observation. Ce n'est pas à dire toutesois que la sièvre intermittente ne puisse jamais se revêtir des signes locaux d'une néphrite ou de symptômes qui peuvent la simuler : nous verrons, en esset, à l'occasion des sièvres intermittentes pernicienses. que ces affections se présentent sous les formes les plus diverses; mais il saut reconnaître qu'il n'est nullement prouvé par l'expérience qu'une véritable néphrite ait été prise pour une sièvre intermittente, et réciproquement, ou que du moins, s'il en a été ainsi, ce que les faits bien connus ne nous apprennent pas, il est plus que probable que l'erreur est due à une observation trop superficielle. Ce diagnostic n'a donc pas l'importance qu'on aurait pu lui supposer au premier abord: c'est pourquoi je le passe sous silence, saus à y revenir, je le répète, lorsqu'il s'agira des fièvres pernicieuses.

⁽¹⁾ Trailé des malad. des reins, t. II, p. 324.

⁽²⁾ Arch, gen, de médecine, 11º série, 1. XXIX.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

Je n'exposerai dans ce tableau synoptique que le petit nombre de cas où l'erreur est possible, et où les signés dissérentiels sont bien établis. Agir autrement, ce serait s'exposer à accréditer des erreurs, car la science a encore beaucoup à saire, comme nous l'avons vu plus haut, pour donner à ce point d'étiologie le degré de précision nécessaire.

1° Signes distinctifs de la néphrite simple non calculeuse et de la colique néphrétique.

MÉPHRITE SIMPLE AIGUE NON CALCULEUSE.

Invasion graduelle, quoique assez souvent rapide.

Douleur moins vive, augmentant graduel-

D'abord diminution, puis suppression de l'urine.

Agitation moindre; pas de défaillances, etc.

Pouls d'abord élevé, dur, résistant.

Les symptômes se dissipent peu à peu dans les cas de guérison, en commençant par le mouvement fébrile. COLIQUE NÉPHRÉTIQUE.

Invasion brusque, subite.

Douleur excessive, portée subitement à un degré extrême.

Suppression brusque de l'urine.

Agitation extrême; défaillances, décomposition des traits, etc.

Pouls tout d'abord petit, irrégulier, misérable.

Les symptômes se dissipent brusquement par l'expulsion du calcul.

2 Signes distinctifs de la néphrite simple aigue non calculeuse et de la colique hépatique.

NÉPHRETE AIGUE NOS CALCULEUSEA

Douleur graduelle.

Elle a son foyer au niveau du rein, et s'étend vers la vessie et le testicule.

Pas d'ietère.

Diminution, suppression des urines. Urines sanguinolentes, difficilement excrétées.

COLIQUE HEPATIQUE.

Douleur subite.

Elle a son soyer au niveau de l'hypochondrs droit, et s'irradie vers l'épigastre.

Presque toujours, ictère intense. Urines non supprimées, bilieuses.

On voit que, dans ce diagnostic, je n'ai pas parlé de la néphrite calculeuse qui, bien plus que celle dont il s'agit, pourrait être confondue avec la colique hépatique; mais je crois devoir renvoyer cette distinction particulière à l'article consecré à la colique néphrétique, qui, en pareil cas, est la maladie principale, l'infammation aigué du rein ne s'étant développée que consécutivement.

3° Signes distinctifs de la néphrite simple aiguë et du lumbago.

NÉPHRITE SIMPLE AIGUE.

N'occupe parsois qu'un seul rein.

Mouvements pour s'asseoir ou se retourner beaucoup mains douloureux.

Troubles notables de la sécrétion et de l'excrétion de l'urine. LUMBAGO.

Occupe presque toujours les deux côiés.

Mouvements pour s'assecir ou se retourner souvent presque impossibles.

Point de troubles notables de la sécrétion et de l'excrétion de l'urine.

Pronostic. Le pronostic est très variable, suivant les cas. On doit le considérer comme peu grave dans la néphrite par violence extérieure, et même dans celle qui

se déclare spontanément, lorsqu'elle ne survient pas dans le cours d'une affection grave elle-même, et lorsque les symptômes de réaction sont peu intenses. A plus forte raison, portera-t-on un pareil pronostic dans les cas où la maladie aura été déterminée par une substance irritante, si toutefois on considère ces cas comme appartenant à la néphrite bien confirmée. S'il s'agit de poisons, ce n'est nullement, en effet, l'inflammation rénale qui est à redouter, mais l'action de la substance vénéneuse sur l'organisme. Lorsque l'inflammation est assez grave pour déterminer la suppuration, le pronostic est très facheux, de quelque espèce que soit la néphrite; cependant, si celle-ci est causée par la présence d'un calcul, on doit avoir plus d'espoir, parce que si cette cause disparaît, les lésions du rein tendent naturellement à se dissiper.

& VII. - Traftement.

None avone vu que, sous le rapport de la pathelogie de la néphrite, les auteurs qui ont écrit avant ces dernières années ne nous offraient pas de documents véritablement utiles; mais il est encore bien moins utile de les consulter relativement au traitement. Les raisons que j'ai présentées au commencement de cet article se représentent, en effet, ici avec une nouvelle force. Quel avantage pourrait-il y avoir à indiquer des moyens thérapeutiques qui ne s'adressent pas à une affection déterminée? Il n'en sera pas de même quand nous aurens à parler de la colique néphrétique, à laquelle se rapporte presque tout ce qui a été écrit à propos de la néphrite. C'est donc principalement M. Rayer qu'il faut consulter sur ce point, parce que, bien que cet auteur se soit contenté d'exposer d'une manière générale les moyens qui lui paraissent devoir être dirigés contre la néphrite, sans analyser sous ce point de vue les observations, il est le seul qui ait bien nettement séparé ce qui appartient à l'inflammation du rein proprement dite, des accidents produits par la présence des calculs dans les voies urinaires.

Emissions sauguines. C'est un précepte général que les émissions sanguines doivent être opposées à la néphrite comme aux autres inflammations parenchymateuses, et tout porte à croire que ce moyen a son utilité, quoique, d'après les faits que j'ai consultés, il ne soit nullement démontré que les pertes de sang procurent que amélioration immédiate bien sensible. Mais il est très probable que si l'on avait des éléments suffisants pour étudier leur influence sur la marche de la maladie, et surtout sur sa durée, on verrait que cette influence est heureuse.

Au reste, sons ce rapport, il faut tenir compte de l'espèce de néphrite qu'on a traiter. Nous avons vu que la néphrite traumatique, lorsque la violence extérieure n'avait pas produit des désordres très considérables, et la néphrite simple aiguë non calculeuse, survenue dans le cours d'une bonne santé, et sans que de violents symptômes généraux puissent faire soupçonner l'existence d'une infection purulente, ont naturellement une terminaison favorable; on ne doit donc pas être surprisque, dans les cas de ce genre, la guérison ait suivi l'emploi des émissions sanguines, et l'on aurait tort de n'envisager les faits que sous ce peint de vue, lersqu'on veut déterminer l'utilité de cet agent thérapeutique. Mais, suivant M. Rayer, dans toutes ces espèces, les pertes de sang ont pour résultat d'amener au bout d'un temps variable un soulagement marqué et plus sensible que celui qu'on obtient par les autres moyens dont il va être question. Ces heureux effets sent, il faut le

redire, plus que probables, et il ne reste qu'à en apprécier exactement la valeur. En attendant, on ne peut se dispenser de recourir aux émissions sanguines assez abondantés dans les ças dont il s'agit.

Dans la néphrite traumatique il saut pratiquer une ou plusieurs saignées générales, et cela saus perdre de temps, car, d'après M. Rayer, «si l'émission d'une certaine quantité de pus avec l'urine indique que la suppuration s'est établie dans le rein enslammé, il saut s'abstenir des émissions sanguines. » l'eut-être néanmoins trouvera-t-on le précepte trop rigoureux, ou du moins regrettera-t-on qu'il ne soit pas appuyé sur une étude plus exacte des saits.

Quant aux néphrites produites par l'impression du froid et de l'humidité, lorsqu'elles se déclarent avec un caractère inflammatoire très prononcé chez dez individus bien constitués, ellès doivent, dit le même auteur, être traitées activement par la saignée. Il faut la répéter deux fois dans les vingt-quatre heures qui suivent l'invasion. » Et plus loin il ajoute : « Après plusieurs jours de rémission et d'apyrexie, s'il se déclare un frisson suivi de chaleur et de douleur dans la région des reins, on pratiquera immédiatement une large saignée, si le malade n'est pas d'un âge très avancé. Dans ce dernier cas, on se bornerait à tirer environ huit onces de sang par des ventouses scarifiées appliquées aux régions lombaires. »

Tels sont les cas dans lesquels, suivant ce que nous pouvons apercevoir dans des observations malheureusement insuffisantes, la saignée a les plus grands avantages. Lorsque la néphrite survient dans le cours d'autres maladies, lorsque la suppuration s'empare promptement des reins, surtout sous l'influence d'une affection purulente ou d'une phlébite non adhésive, les saignées ne sont pas négligées, et personne ne voudrait dire qu'elles doivent l'être, principalement au début de la maladie; mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'il est impossible de découvrir dans l'étude des faits les avantages réels qu'elles ont pu produire.

La saiguée générale est recommandée même chez les enfants, à parțir de l'âge de sept aus; mais alors elle ne doit pas être de plus de 300 grammes. « On peut, dit M. Rayer, la répéter le lendemain, si l'intensité du mal l'exige. »

Des sangsues, en nombre assez considérable, doivent être appliquées sur les lambes : on a également recours, comme nous l'avons vu, aux ventouses scarifiées, et, sous ce rapport, il n'y a aucune règle à établir, le médecin étant le seul juge compétent de l'opportunité des émissions sanguines et de leur abondance. En somme, on voit que pour la néphrite, comme pour tant d'autres affections, l'in-fluence de la saignée sur la marche, sur la durée et sur la terminaison de la maladie, n'a été étudiée que d'une manière très superficielle.

Des boissons émollientes ou délayantes, comme l'eau de graine de lin, de mauve, d'orge; ou légèrement diurétiques, comme la décoction de chiendent ou de racine de fraisier; des cataplasmes émollients sur la région lombaire; un bain simple ou émollient longtemps prolongé (deux ou trois heures), à moins que le malade n'en éprouve de la fatigue, compléteront avec la saignée le traitement auquel on a donné particulièrement le nom de traitement antiphlogistique, et qui convient principalement à la maladie qui nous occupe.

Viennent ensuite quelques préceptes sur des cas particuliers. Dans ceux où l'on reconnaît que la néphrite est consécutive à une rétention d'urine causée par un rétrécissement de l'urêtre, il faut s'occuper spécialement de celui-ci, ainsi que

tous les auteurs l'ont conseillé; car une fois l'obstacle au cours de l'urine surmonté, l'inslammation du rein ne tarde pas à se dissiper. C'est d'après cette considération que M. Rayer engage à appliquer, en pareil cas, les sangsues à la marge de l'anus plutôt que sur la région des reins.

Nous avons vu que les vomissements opiniâtres ne pouvaient pas être regardés comme un symptôme appartenant en propre à la néphrite simple aiguë non calculeuse. Si cependant ce symptôme survenait, et si l'on observait un état comateux qui n'est pas non plus lié à l'affection rénale d'une manière aussi intime que le pense M. Rayer, voici, d'après cet auteur, comment on devrait se conduire en pareil cas : « Lorsque, dit-il, les malades épronvent des vomissements et tombent dans un état comateux, ces accidents exigent des soins particuliers, outre ceux qui ont été déjà indiqués. On frictionnera l'épigastre avec du laudanum; des boissmus gazeuses seront données par gorgées; le malade sucera de petits morceaux de glace pour étancher sa soif; des corps chauds seront appliqués aux extrémités inférieures; des compresses imbibées d'eau froide seront posées sur le front; des purgatifs salins seront administrés et répétés jusqu'à ce qu'ils aient procuré des évacuations abondantes.

« Les purgatifs, ajoute M. Rayer, sont encore plus impérieusement indiqués lorsque l'attaque de néphrite a été précédée de plusieurs jours de constipation chez des individus atteints de maladies de la prostate ou de la moelle épinière. L'huile de ricin pourra quelquesois être substituée aux purgatifs salins, mais il saut l'administrer en lavement et à haute dose, car elle est souvent rejetée par le vomissement. »

Nous compléterons ce tableau du traitement le plus fréquemment employé, en ajoutant que le repos absolu, une diète sévère doivent être rigoureusement recommandés, lorsque la maladie est dans son plus haut degré d'intensité, et que dans la convalescence on doit éviter tout écart de régime, et surtout l'usage de boissons excitantes, dont l'action se fait, comme chacun sait, si facilement sentir sur les reins. Quant aux symptômes de putridité auxquels M. Rayer a égard dans le traitement, ils ne doivent pas nous occuper, puisque, comme nous l'avons vu, ils ne dépendent pas de la néphrite elle-même, et que d'ailleurs nous aurons à en traiter plus tard.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur ce traitement, nous voyons qu'il n'est réellement pas le résultat d'une expérience rigoureuse, mais bien plutôt d'idées préconçues dont la justesse est très admissible, mais ne peut pas être appréciée à l'aide du seul moyen propre à porter la conviction dans les esprits, je veux dire d'une analyse exacte d'un nombre suffisant de faits bien observés. Le traitement antiphlogistique est celui sur lequel on doit presque exclusivement insister.

ARTICLE III.

NÉPHRITE SIMPLE CHRONIQUE.

M. Rayer est encore le seul auteur qui se soit occupé de la néphrite chronique à l'état simple, et en écartant ce qui peut appartenir à la présence des calculs dans les cavités des reins. Voici comment il s'exprime à ce sujet : « Les véritables caractères de la néphrite chronique et les symptômes qui révèlent son existence

n'ent pas encore été exposés clairement par les pathologistes. En effet, les symptômes qu'ils lui avaient assignés, et en particulier l'excrétion habituelle d'une urine purulente, et le développement d'une tumeur dans la région lombaire, appartiennent en réalité non à une inflammation chronique des reins, mais à une inflammation chronique du bassinet et des calices. En outre, il m'est démontré qu'un grand nombre de néphrites chroniques, surtout lorsque la maladie n'attaque qu'un des reins, ne peuvent être soupçonnées pendant la vie sans un examen très minutieux de la sécrétion urinaire, lorsqu'il n'existe pas de douleurs dans la région des reins, ou lorsqu'une pression exercée comparativement sur les deux régions lombaires n'indique pas que l'une d'elles est plus sensible que l'autre. » J'ai cité ce passage pour montrer combien la néphrite chronique simple, telle qu'elle doit être entendue d'après les recherches modernes, diffère de l'inflammation chronique du rein décrite jusqu'à ces dernières années, et combien en même temps l'étude de cette affection peut présenter de difficultés. Voyons maintenant ce que nous apprennent, relativement à son histoire, les documents rassemblés par M. Rayer.

SI. - Définition; synonymie; fréquence.

M. Rayer définit ainsi la néphrite simple chronique : « Des douleurs habituelles dans une des régions rénales ou dans toutes les deux, coıncidant avec une diminution de l'acidité, avec l'état neutre, et surtout avec l'alcalinité de l'urine (qu'il existe ou non une rétention de ce liquide), et un sentiment de faiblesse dans les membres inférieurs, sont les principaux caractères de la néphrite chronique. « Cette définition doit être adoptée, sauf un point qui exige de nouvelles recherches. Si nous consultous, en effet, les observations de néphrite chronique simple fournies par cet auteur, nous voyons que, sur sept cas, quatre fois la faiblesse des membres inférieurs n'est nullement mentionnée; qu'une fois il existait des douleurs dans les extrémités inférieures, que chez un sujet il y avait un sentiment de fatigue tantôt à droite et tantôt à gauche, et que chez le dernier les jambes étaient faibles, mais que cette faiblesse était due à un affaiblissement général résultant du dépérissement occasionné par une maladie chronique étrangère au rein. Si l'opinion de M. Rayer est fondée sur d'autres faits, nous ne pouvons l'admettre pour notre part avant d'avoir connaissance des observations.

Cette affection a reçu les mêmes noms que la néphrite simple aiguë, auxquels on a ajouté l'épithète de chronique. Dans quelques cas, on l'a aussi désignée sous celui de phthisie rénale, comme les autres maladies chroniques des reins.

Le petit nombre d'observations rapportées par l'auteur que je viens de citer prouve que la néphrite chronique simple, survenue en dehors d'autres affections plus ou moins graves, est une maladie fort rare, et c'est ce dont les praticiens peuvent s'assurer tous les jours. Il est plus fréquent de voir cette affection se produire consécutivement, surtout dans les autres maladies de l'appareil génito-prinaire.

§ II. — Causes.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, on n'a pas recherché d'une manière spéciale les causes de la néphrite chronique simple. M. Rayer s'est contenté de citer quelques exemples de cette affection dans les conditions diverses où elle se produit; mais il

n'en a pas donné le résumé, et personne n'a fait ce travail. Je vais indiques rapidement celles de ces conditions qui me paraissent les principales.

1º Causes prédisposantes.

C'est surtout dans la production de la néphrite chronique simple que l'age manifeste son influence. Les enfants n'en sont atteints, on peut le dire d'une manière presque absolue, que dans les cas de calculs urinairés, et encore n'est-ce presque jamais avant l'âge de sept ou huit ans. Les vieillards y sont particulièrement exposés. Toutesois, comme les maladies des autres parties des voies génito-urinaires sont, ainsi que nous allons le voir, une des conditions importantes de sa production, il n'est nullement rare de la voir se manisester chez les adultes.

Nous n'avons aucune donnée positive sur l'influence du sexe. Il ne nous est pas permis de nous prononcer davantage sur l'influence de la constitution, parce que, hien que les sujets affectés de néphrite chronique simple se présentent avec les signes d'une mauvaise constitution, c'est aux progrès de cette maladie et de celles qui l'ont précédée, plutôt qu'à un état congénital particulier, que le plus souvent on doit attribuer cette détérioration.

Quant aux habitudes hygiéniques, à l'influence des saisons et même des climus, tout est encore à faire sur ce point. Cependant, comme la présence des calculs dans les reins est une des causes les plus efficaces de la néphrite chronique aussi bien que de la néphrite aiguë, je crois devoir renvoyer le lecteur à l'article consacré à l'histoire des calculs rénaux, asin qu'il puisse, par induction, juger approximativement de l'influence des causes prédisposantes qui viennent d'être mentionnées, et qui seront étudiées dans l'article dont il s'agit.

La néphrite simple aiguë a-t-elle une tendance marquée à se convertir en néphrite chronique; ou, en d'autres termes, les sujets affectés de cette maladie à l'état aigu sont-ils exposés à la voir se continuer sous sa forme chronique, et suffitil, pour qu'il en soit ainsi, de quelques causes occasionnelles particulières? Il est difficile de répondre à cette question. Néanmoins les auteurs n'ont pas hésité à se prononcer pour l'affirmative; mais, si nous consultons les faits, nous voyons que cette manière de voir n'est pas justifiée relativement à la néphrite chronique simple non calculeuse. Si, en effet, l'affection est peu intense et ne se termine pas par suppuration, le malade guérit complétement; si la suppuration survient, ou bien les malades succombent, ce qui est presque constant, ou bien le pus est évacné par des voies indiquées plus haut, et les malades peuvent guérir radicalement. Dans les cas seuls où il resterait une sistule rénale, ce dont je ne connais pas un seul fait authentique dans les cas dont il s'agit ici, on verrait les symptômes d'une maladie chronique succéder à une affection aignë, mais on ne pourrait pas dire alors d'une manière rigoureuse que la néphrite aiguë simple s'est terminée par une néphrite chronique également simple. Quant à la néphrite calculeuse, il n'est pas douteux que les accidents ne prennent un caractère de chronicité au bout d'un certain temps, et cela chez un assez grand nombre de sujets. Après avoir occasionné des attaques aiguës plus ou moins nombreuses, les calculs finiment par déterminer la désorganisation des reins, dont la substance est plus ou moins complétement détruite par une inflammation chronique.

2° Causes occasionnelles.

Ce que je viens de dire prouve que la principale cause occasionnelle de la ném phrite chronique est l'irritation devenue permanente que causent les calculs.

Les obstructions, le rétrécissement, l'oblitération des uretères, sont, comme dans la néphrite aigué, des causes qui se montrent assez fréquemment. Les maladies chroniques de la vessie, les rétrécissements du canal de l'urêtre, etc., peuvent avoir le même résultat. M. Rayer a cité des exemples de néphrite chronique simple survenue à la suite de maladies de la prostate, de l'utérus, de la moelle épinière (principalement paraplégie).

Il est impossible d'indiquer une autre cause occasionnelle bien positive. Les rapports signalés par M. Rayer entre la néphrite simple et les maladies cérébrales. l'hydropisie, la phthisie, etc., n'existent nullement. Ce sont de simples coïncidences qui ne méritent guère qu'une mention.

§ III. — Symptômes.

La description des symptômes, telle que nous la trouvons dans les anciens auteurs, so rapporte presque uniquement à l'inflammation chronique causée dans les exvités rénales par la présence des calculs. Celle qu'a donnée M. Rayer est plus explicite, mais elle n'est pas aussi nette, à beaucoup près, que celle de la néphrite aigué. Voici ce qui ressort le plus directement des faits.

Début. Le début de la maladie est souvent obscur, parce que la douleur rénale, qui pour le malade eat le seul symptôme appréciable, est très faible dans les premiers temps. On peut cependant attribuer en partie au peu de rigueur qu'on a apporté dans l'interrogatoire des malades l'incertitude qui, dans la grande majorité des cas, règne sur le début. « Le plus souvent, dit M. Rayer, ce n'est que lersque la maladie existe depuis plusieurs années, lorsque les émissions de l'urine sent devenues très fréquentes et incommodes, ou lorsque l'urine est habituellement trouble, que les malades, déjà affaiblis, viennent réclamer des conseils. Parsois même les malades n'appelleraient pas l'attention du médecin sur l'état des reins et de leur sécrétion, sans la coexistence d'une autre affection des voies urinaires, telle qu'un rétrécissement de l'urêtre ou une maladie de la vessie. »

Dans les cas de rétrécissement du canal de l'urêtre, ce début présente quelques particularités dignes d'intérêt, qui ont été signalées en ces termes par M. Rayer:

Les individus atteints d'un rétrécissement de l'urêtre éprouvent quelquesois de légères denleurs aux reins sans y apporter de remèdes; et ces douleurs, préludes de néphrites chroniques, se reproduisent à des époques plus ou moins éloignées. Alors l'urine est peu acide, neutre ou alcaline, et elle contient toujours du mucus. La denleur n'existe quelques que pendant un petit nombre d'heures, et l'altération de l'urine pendant quelques semaines. Plus tard, les attaques se rapprochent, la denleur rénale devient habituelle, mais sourde, et la sécrétion urinaire est dérangée pour longreups. En outre, cet état persiste tant qu'on n'a pas guéri le rétrécimement. Du sent combien ces assertions auraient plus de valeur si elles étaient appuyées sur une analyse exacte d'un nombre assez considérable de sais.

Symptomes. La douleur, qui seule, comme nous venons de le voir, a marqué le

début de la maladie, persiste jusqu'à la fin avec des exacerbations plus ou moins marquées ou plutôt de simples augmentations passagères, car il ne faut pas rapporter à la néphrite chronique elle-même les violentes souffrances qui, dans un bon nombre de cas, se produisent à des intervalles plus ou moins éloignés. Alors, s'il existe surtout un mouvement fébrile, on ne peut douter qu'une inflammation aigué ne soit venue s'enter sur l'inflammation chronique, ce qui a lieu surtout dans les cas de calculs rénaux qui, à certaines époques, produisent une irritation plus grande et une inflammation consécutive, ou bien se déplacent, interceptent le cours des liquides, etc.

La douleur qui appartient en propre à la néphrite chronique est sourde, profonde, et parsois elle ne consiste qu'en une gêne plus ou moins grande. « Elle est, en général, si obscure, dit M. Rayer, que le plus souvent les malades n'en seraient pas mention, si on ne les questionnait à cet égard, et si on ne la rendait sensible en pressant plus ou moins sortement avec la main les régions lombaires. »

On n'observe presque jamais, dans l'assection dont il s'agit ici, la douleur des testicules, si remarquable dans la néphrite aiguë. Lorsqu'elle existe, c'est presque toujours qu'il est survenu des symptômes d'acuité.

On voit par là que cette douleur spontanée qui vient d'être décrite n'est pas la seule à considérer, et qu'il faut tenir compte de la douleur à la pression. On doit procéder dans l'exploration comme dans les cas de néphrite aigué, c'est-à-dire presser fortement dans le flanc gauche et sur la région lombaire, en cherchant à comprimer le rein. Ce n'est qu'au moment où la pression arrive à cet organe, que la douleur est sensiblement augmentée, ce qui la distingue de celle qu'occasionne le lumbago chronique. Les divers mouvements du malade exaspèrent beaucoup moins cette douleur que la douleur vive de la néphrite aigué; cependant une course un peu prolongée a pour effet de la rendre beaucoup plus sensible, et cette exacerbation est encore bien plus marquée pendant les promenades ou les voyages en voiture. Nous verrons néanmoins plus tard qu'elle est bien moins grande dans la néphrite simple chronique non calculeuse que dans celle qui a pour cause les calculs urinaires, ce qui s'explique trop simplement pour qu'il soit nécessaire d'insister sur ce point. Les réflexions que j'ai faites au sujet de la percussion dans l'article Néphrite aigué s'appliquent entièrement à la néphrite chronique.

On n'observe pas, dans l'affection chronique du rein, la suppression de l'urine, que nous avous signalée dans l'inflammation aiguë; mais il est quelques signes qui prouvent que la sécrétion de ce liquide est altérée à un certain degré. J'ai dit plus haut que son acidité est diminuée, et que même elle est remplacée par l'alcalinité, lorsque la maladie a atteint un degré élevé. Voici ce que M. Rayer a remarqué dans cette dernière circonstance:

« Dans la néphrite chronique, dit ce médecin, lorsque l'urine est alcaline, presque toujours elle est trouble, à moins que la production des phosphates se soit très peu considérable. J'ai vu de ces urines alcalines donner un sédiment amorphe, presque entièrement composé de phosphate de chaux, dans lequel on ne distinguait pas de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, de globules muqueux, etc.; plus rarement ce sédiment était presque entièrement composé de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. Enfin, dans la plupart des cas, l'urine contenait ces deux sels et des globules muqueux en suspension, et une pe-

tite quantité d'urates. En somme, la néphrite chronique est une des conditions les plus savorables à la production des calculs phosphatiques.

Ces altérations de l'urine doivent fixer l'attention du médecin. Il ne saut pas oublier surtout que l'alcalinité de l'urine doit être constatée au moment de l'émission; car plus tard ce signe n'aurait aucune valeur.

Quant à l'excrétion de ce liquide, il sussit de dire que l'urine, qui, je le répète, n'est pas supprimée, est rendue néanmoins en petite quantité, mais fréquemment. En général, les malades sont plus sortement sollicités par le besoin d'uriner que les personnes en bonne santé, et ils doivent plus promptement le satissaire.

Tels sont les symptômes locaux de la néphrite chronique simple. Je n'ai point parlé des douleurs parsois vives qui sont déterminées par les calculs, ni de l'émission d'une plus ou moins grande quantité de pus avec les urines, parce que ces symptômes décrits par les auteurs qui ont écrit avant ces dernières années n'appartiennent pas plus à la néphrite chronique proprement dite qu'à la néphrite aigué.

On n'a pas noté, dans la forme chronique de la maladie, ces troubles digestifs intenses qui ont été attribués à la néphrite chronique. Ainsi on n'a parlé ni de nausées, ni de vomituritions; ni de vomissements. Ordinairement il y a diminution de l'appétit, trouble des digestions, constipation; mais c'est surtout dans les cas où la néphrite chronique est consécutive, de telle sorte qu'on ne peut pas lui rapporter, du moins uniquement, ces symptômes qui appartiennent principalement aux maladies, dans le cours desquelles elle se développe.

Les symptômes généraux sont peu marqués d'abord, lorsque la néphrite est simple et qu'elle n'est pas la conséquence des désordres causés par la présence des calculs. Ils vont ensuite en augmentant, mais d'une manière lente, de sorte que la fièrre n'existe pas ou est très peu intense, et que cependant les malades vont s'affaiblissant et dépérissant d'une manière sensible, quoiqu'ils ne présentent pas les signes connus de la fièvre hectique. On conçoit que si, par une cause quelconque, la suppuration s'empare du rein, ces signes se montrent comme dans tous les cas du même genre. Au reste, il est rare, comme on peut s'en assurer en parcourant les observations, qu'on soit appelé à constater le dépérissement lent non lébrile, ce qui tient à ce que la maladie des reins coexiste avec d'autres affections qui sont les principales causes de la mort, et qui donnent lieu aux symptômes de la fièvre lente. Ce sont principalement les maladies organiques chroniques de la vessie et de l'utérus, et plus encore les désordres occasionnés par les calculs dans les conduits urinaires, désordres dont l'inflatmmation chronique de la substance rénale n'est souvent qu'une des dernières conséquences.

Je n'aurais rien à ajouter d'important à ce que j'ai dit des abcès rénaux et de la néphrite calculeuse, à propos de là néphrite aignë, et je passe outre pour éviter les répétitions.

§ IV. -- Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est ordinairement continue et très lente; mais pour qu'il en soit ainsi, il saut qu'elle ne soit ni compliquée ni consécutive, ce qui est un cas très rare, comme nous l'avons vu. Dans les autres cas, il est très difficile de

trouver quelque chose de fixe dans la marche de la maladie. Étant sous l'influence d'affections organiques très diverses, et qui elles-mêmes peuvent avoir une marche très différente suivant les circonstances, elle doit varier presque à l'infini. Disons seulement que dans les cas de calculs rénaux, les exacerbations dues au déplacement des calculs donnent plus ou moins fréquemment un nouveau degré d'intensité aux symptômes, et occasionnent momentanément une inflammation aigue plus ou moins vive.

La durée de la maladie ne peut être fixée, même approximativement, dans l'état actuel de la science. Tout ce qu'il est permis dire, c'est qu'elle est ordinairement considérable.

La terminaison a été favorable dans quelques cas très simples cités par M. Rayer; mais généralement la maladie persiste jusqu'à ce que le sujet soit enlevé par une autre affection; car, bien que la néphrite chronique détermine un certain degré de dépérissement, il est extrêmement rare qu'elle soit la cause réelle de la mort. Cette proposition paraîtrait étrange, si je n'avais pas eu le soin de dire plusieurs fois que les désordres occasionnés par les calculs dans les calices, le bassinet, les uretères, ne doivent pas être confondus avec la néphrite proprement dite.

y V. — Lésious anatolniques.

Ce sont encore, dans cette affection, les lésions anatomiques qui ont été étudiées avec le plus de soin. Je vais rapidement indiquer les principales, d'après les recherches de M. Rayer, qui nous sournissent à ce sujet des documents très détaillés.

Cet anteur a signalé comme appartenant à la néphrite chronique qui a envahi la totalité de l'organe une atrophie plus ou moins marquée : « Cette règle, ajoute-t-il, souffre néanmoins des exceptions. Ainsi les reins présentent quelquefois une véritable hypertrophie de leur substance corticale, sur laquelle sont disséminées de taches blanches proéminentes, qui semblent constituées par une matière fibro-celluleuse située entre la surface extérieure du rein et son enveloppe. J'ai va des ce dans lesquels les reins, d'un volume ordinaire, offraient extérieurement des taches beaucoup plus larges, d'un blanc jaunatre, formées par une matière qui avait l'apparence d'anciens dépôts de matière coagulable. En général, le tissu des reins est plus dur, et, sous un même volume, ils sont plus pesants que dans l'état sain.

L'état rugueux, grenu ou marbré des reins est également remarquable. Il y a même quelquesois des dépressions marquées à leur surface, et de la substance mélanique dans leur tissu. M. Rayer a signalé un état anémique, soit partiel, soit général, n'occupant ordinairement que la substance corticale. L'induration se joint asset sréquemment à ces lésions.

Une atrophie plus remarquable que la précédente peut être la suite de l'infammation chronique des reins, et M. Rayer a noté quelquesois, dans les cas de ce genre, « de véritables cicatrices, reconnaissables à une ou plusieurs dépressions grises, brunâtres ou ardoisées, auxquelles la membrane sibreuse est très adhérente, quoiqu'elle en soit séparée par la membrane celluleuse, qui, en ce point, est beaucoup plus dure et plus épaisse..., et les vaisseaux situés au-dessous d'elle sont souvent plus développés que dans l'état sain. • On pourrait élever, au sujet de ce

cicatrices, les mêmes objections que nous avons vues se présenter lorsqu'il s'est agi des dépressions ou des indurations radiées du foie.

La déformation des mamelons par suite de l'induration, l'injection des membranes extérieures des reins, leur adhérence, leur épaississement, leur transformation en substance fibreuse, cartilagineuse ou osseuse, viennent compléter le tableau de ces lésions. On voit que, comme je le faisais remarquer en commençant, l'anatomie pathologique de l'inflammation des reins a été étudiée dans les plus grands détails; mais il nous manque le rapport exact de ces altérations avec les symptômes de la maladie, ce qui est cependant le point le plus important, et ce qui, par conséquent, doit être signalé d'une manière toute particulière à l'attention des observateurs.

§ VI. — Diagnostie; pronostie.

Voici comment M. Rayer distingue la maladie qui nous occupe de la pyélite chronique: « Dans la pyélite, dit-il, il y a constamment sécrétion de pos ou de mucus purulent, et le plus souvent une urine trouble et un dépôt purulent. Dans la néphrite chronique, si l'urine est trouble, cela tient le plus ordinairement à la présence des phosphates en suspension. » J'ajoute que, dans la plupart des pyélites chroniques, surtout dans celles qui sont produites par la présence d'un calcul, le pus s'accumule dans la cavité du bassinet et des calices, les distend, et transforme le rein en une cavité multiloculaire reconnaissable à la palpation.

Le lumbago chronique est, après la pyélite chronique, la seule affection qui puisse être réellement confondue avec la néphrite chronique, et encore faudrait-il pour cela que l'examen fût bien superficiel, car les signes exposés à propos de la néphrite et du lumbago aigus se représentent ici avec une valeur différentielle plus grande encore (1). Ainsi la douleur dans les mouvements peu violents du tronc est nulle ou presque nulle dans la néphrite chronique; elle constitue, au contraire, le symptôme essentiel du lumbago. Dans ce dernier, il n'y a aucune des altérations de la sécrétion et de l'excrétion urinaires qui ont été indiquées plus haut.

Ce diagnostic est trop simple pour qu'il soit nécessaire de le présenter sous forme de tableau synoptique.

Pronostic. Le pronostic de la néphrite simple chronique n'à point fixé l'attention des auteurs, et M. Rayer l'a passé sous silence. On peut dire d'une manière générale qu'il est fort grave, et cela pour deux raisons : la première, c'est que, comme toutes les lésions organiques chroniques, celles qui constituent la méphrite sut bien plutôt une tendance à augmenter sans cesse qu'à diminuer, même sous l'inflaence des moyens qui paraissent le mieux appropriés; et la seconde, c'est que, comme je l'ai déjà dit, l'inflammation chronique des reins se moutre presque toujours dans le cours d'autres affections, soit des voies urinaires, soit d'un autre appareil d'organes, qui, à elles seules, suffiraient pour causer la mort. Cependant M. Rayer a cité quelques cas où des symptômes de néphrite chronique ont cédé à des moyens fort simples qui vont être indiqués; mais les cas de ce genre sont fort rares, et les récidives sont à craindre.

⁽¹⁾ Voy., plus haut, article Nephrite simple aigue.

S VII. - Traitement.

- M. Rayer s'étant seul occupé du traitement de la néphrite simple chronique, c'est à lui qu'il faut emprunter tout ce que nous avons à dire sur ce point, en regrettant encore que cette partic importante de l'histoire de la néphrite chronique n'ait été traitée qu'à l'aide d'impressions générales nécessairement peu précises, et ne résulte pas de l'analyse exacte des faits, qui seule peut véritablement éclairer des questions aussi graves et aussi difficiles.
- « Lorsque, dit M. Rayer, la néphrite chronique n'est pas produite par un rétrécissement de l'urètre, par une maladie de la vessie ou de la prostate, des éruptions artificielles ou des exutoires peuvent quelquesois prévenir ou éloigner le retour de nouvelles attaques. Cependant il ne sant pas s'exagérer l'utilité de ces moyens; je les ai employés sans succès chez des individus amaigris, et qui, après avoir eu pendant longtemps les deux régions rénales douloureuses, présentaient pour tout symptôme de néphrite chronique l'émission fréquente d'une urine akaline et trouble, et un amaigrissement dont aucune autre circonstance ne donnait l'explication.
- » On a conseillé l'usage des acides minéraux ou végétaux, et en particulier celui de l'acide muriatique, pour faire cesser l'alcalinité de l'urine et empêcher la précipitation des sels phosphatiques, qui peut donner lieu à la formation des concrétions calculeuses. Par l'usage des acides on atteint rarement le but qu'on se propose : le plus souvent l'urine reste alcaline et trouble ; l'état de la constitution ne s'améliore pas et l'estomac se fatigue ; le plus souvent ces remèdes, à doses élevées, sont plus nuisibles qu'utiles.
- » J'ai vu, chez des ouvriers atteints de néphrite chronique, l'urine redevenir acide et transparente, après une quinzaine de jours de repos et d'une bonne alimentation, et après une ou plusieurs applications de ventouses scarifiées; mais elle se troublait quelquesois de nouveau à la suite d'une moins bonne nourriture ou après de nouvelles satigues.
- " J'ai essayé comparativement le régime végétal et le régime animal, et j'ai reconnu que ce dernier était préférable. Sous son influence, non seulement la sécrétion urinaire a été avantageusement modifiée dans un certain nombre de ces, mais l'état de la constitution s'est amélioré, lors même que le dérangement de la sécrétion de l'urine a persisté.
- Lorsque les malades atteints de néphrite chronique avec urine alcaline et trouble sont fatigués par le besoin fréquent de rendre l'urine, on peut quelquesois calmer cet accident par l'opium, par des lavements opiacés et camphrés, par des onctions narcotiques et par l'usage répété de bains de siège émollients. On emploie quelquesois avec succès la décoction de pareira brava acidulée, l'extrait d'uva ursi combiné avec l'extrait de houblon et de jusquiame, la décoction d'uva ursi. l'infusion de graine de carotte ou celle de feuilles de diosma-crenata.
- » Ces préparations étant toutes plus ou moins excitantes, on doit en suspendre l'usage dans les paroxysmes des néphrites chroniques.

Le repos, les bains narcotiques, les exutoires aux lombes, le régime animal, les boissons toniques et résolutives, les préparations ferrugineuses, tout échoue, rien n'arrête les progrès du mal dans certains cas de néphrite chronique double. Alors

la maladie se complique tantêt de diarrhées qui hâtent l'épuisement des forces, tantôt d'un catarrhe pulmonaire ou d'une affection tuberculeuse. L'usage de la thériaque, du diascordium ou de l'opium à dose fractionnée (un grain et demi dans les vingt-quatre heures, par quart de grain), des soins habituels dans le régime, une foule de précautions que la fortune on l'aisance permettent de se procures, un emploi calculé de certains palliatifs, ont pu quelquefois prolonger la vie pendant plusieurs années; mais chez les individus de la classe ouvrière, que le besoin oblige à de rudes travaux ou expose à de fréquentes variations de température, les rechutes se multiplient, les complications s'aggravent, et la mort ne se fait pas longtemps attendre. »

Il est facile de comprendre le motif qui m'a engagé, contre mon habitude, à emprunter ainsi à un auteur, et sans le discuter, le traitement de cette maladie. Il est impossible, pour des raisons plusieurs fois indiquées, de recourir avec quelque utilité aux recherches antérieures à celles de M. Rayer, et, d'un autre côté, les faits sont insuffisants pour apprécier convenablement la valeur des moyens proposés par ce dernier. C'eût été vouloir inutilement chercher à masquer le défaut de précision de ce traitement, que d'entrer dans des détails circonstanciés sur les divens agents thérapeutiques mis en usage : il fallait se borner à les indiquer, afin de mettre les praticiens à même de les expérimenter, et c'est ce que j'ai fait en extrayant le passage précédent. Je me contente d'ajouter, pour terminer, que de tous les moyens qui viennent d'être énumérés, ceux qui doivent être préférés, d'après les faits où une amélioration plus ou moins prononcée et prolongée s'est manifestés, sont le repos, un bon régime, les émissions sanguines locales, les narcotiques et les exutoires (les eautères en particulier) à la région lombaire.

ARTICLE IV.

NEPHRITE RHUMATIŞMALE.

La plupart des auteurs ont affirmé que le rhumatisme, nom sous lequel en a bien souvent confondu des affections diverses, peut se transporter sur les reins comme sur les autres organes, et occasionner la mort de cette manière. Ce serait la une de ces métastases rhumatismales admises avec la plus grande facilité; mais ce ne serait pas encore, à proprement parler, une néphrite rhumatismale, car si cette néphrite ne présentait, sous le rapport des symptômes aussi bien que sous ce-lui des lésions anatomiques, aucun caractère particulier bien tranché, on ne saurait y voir qu'une de ces inflammations secondaires ou consécutives qui viennent ajouter une cause de mort à celles qui existent déjà, sans que pour cela on ait besoin d'invoquer la nature rhumatismale de la maladie.

Mais M. Rayer, se fondant précisément sur la nature propre des lésions cadavériques, a admis l'existence de la néphrite rhumatismale proprement dite, et nous a fourni quelques matériaux intéressants pour l'histoire de cette espèce d'inflammation rénale. Lui seul, par conséquent, doit être consulté à ce sujet, car il a seul envisagé la question sous son véritable point de vue. On n'en peut douter après avoir lu l'exposition de l'état présent de la science qu'il a faite en ces termes (1):

⁽¹⁾ Traifé des maladies des reins; Paris, 1848, t. 16, p. 73.

matisme et sur la péricardite rhumatismale, à peine trouve-t-on quelques saits qui conduisent à penser que les reins peuvent être le siège d'une inflammation ou de toute autre affection de nature rhumatismale; le plus souvent même il n'est pas sait mention de l'état des reins dans l'exposé des résultats des ouvertures de cada-tret, lorsque la maladie s'est terminée par la mort.

" » Cependant je me crois autorisé à assirmer qu'il existe une néphrite rhumatismale, bien que le nombre d'exemples que je puisse citer de cette lésion soit três peu considérable, eu égard au grand nombre d'assections rhumatismales que j'ai observées. »

Tel est donc l'état de la question. Voyons maintenant, dans l'article de M. Rayer, ce que le petit nombre de faits qu'il a étudiés lui a appris sur ce point de la pathologie rénale; nous apprécierons ensuite rapidement la valeur de ces résultats.

Sous le rapport des causes ces faits ne nous apprennent rien, et il est impossible de saveir pourquoi, sur un si grand nombre de rhumatisants, il en est si per qui soient atteints de l'affection rénale dont il est ici question. Cependant faisons observer que les symptômes étant, comme on va le voir, très obscurs, il est possible qu'on laisse passer inaperçus un certain nombre de cas qui se terminent par la guérison.

Relativement aux symptèmes, il est absolument nécessaire de transcrire ici un long passage de l'ouvrage de M. Rayer: c'est le seul moyen de donner une juste idée de l'état de nos connaissances à ce sujet, et de montrer combien les recherches les plus attentives sont nécessaires, si l'on veut parvenir un jour à jeter quelque lumière sur cette symptomatologie, si difficile à étudier.

« Si la néphrite rhumatismale, dit M. Rayer, est suffisamment caractérisée par la maladie générale dont elle est un des rares phénomènes, par l'apparence particulière des lésions rénales, et par la coîncidence des lésions rhumatismales dans d'autres organes, pendant la vie les symptômes de cette affection des reins sont tellement obscurs dans la plupart des cas, que, dans l'état actuel de la seience, il est à peu près impossible d'assigner les caractères à l'aide desquels on peut sèrement la reconnaître. Il est bien rare, en effet, que cette affection s'unnonce par une douleur dans la région d'un des reins, se propageaut; dans la direction de l'uretère, dans le testicule et dans la cuisse correspondante, après la disparition brusque de douleurs rhumatismales d'autres parties du corps. Et lorsque, dans un cas de rhumatisme, la douleur, après avoir parcura auccesivement plusieurs jointures, se déclare dans une des régions lombaires, on n'est par aussi sûr qu'on l'a dit de reconnaître que cette douleur est musculaire à es qu'elle augmente par les mouvements du tronc; car j'ai vu, dens des accès de celique Héphrétique, les douleurs rénales singulièrement augmentées par des mouvements 'analogues.

« Quant à la coincidence d'une douleur dans la cuisse correspondante, ce plénomène n'est point un signe positif de néphrite, puisque cette douleur est sussi un dés symptômes d'une affection rhumatismale du membre.

» La douleur dans le testicule du côté affecté est un signe de néphrite de plus de valeur ; mais il manque dans un grand nombre de cas.

- Line diminution très notable de la sécrétion urinaire (ischtarie rhuntationale) et un des indices de l'affection rhumatismale des reins; mais dans des cas de rhunatisme articulaire aigu général, accompagné de sueurs très abondantes, j'ai vu si souvent la sécrétion urinaire suspendue ou très diminuée (lorsqu'il n'existait ni douleurs aux lombes, ni d'autres aignes d'affection des reins), qu'on ne peut rien inférer rigoureusement de la suspension momentanée de la sécrétion de l'urine, à moins que les sueurs ne soient rares et peu abondantes, et que les beissens n'aient été prises en quantité assez considérable.
- J'ai plusieurs sois noté, pendant la vie, la présence d'une certaine quantité d'albumine dans l'urine des rhumatisants qui éprouvaient des douleurs aux lombes. S'ils ensent ressenti en même temps une douleur dans le testicule correspondant, l'existence d'une néphrite ou au moins d'une hypérémie des reins m'eût paru certaine; dans tous les cas, la douleur du testicule manquait.
- Quant aux propriétés physiques et chimiques de l'urine, étudiées comparatirement chez les rhumatisants qui avaient des douleurs aux lombes et chez coux qui n'en avaient pas, je n'ai point observé de différences qui pussent me faire soupcouner l'existence d'une affection des reins. Dans tous les cas de rhumatisme aigu, l'urine était d'un rouge soncé et très acide; le sédiment, d'un rouge brique ou tent en rose, était composé, en très grande partie, d'urates en poudre amorphe, et quelquesois de rares cristaux d'acide urique.

Avant de présenter les réflexions que sait naître naturellement cette exposition des saits observés par M. Rayer, je crois devoir, pour ne pas interrompre la description, continuer l'analyse de son article.

La terminaison de la maladie n'est pas mortelle dans la très grande majorité des cas, puisque M. Rayer n'a vu qu'une seule sois les lésions rhumatismales des reins occasionner la mort par elles-mêmes. Dans tous les autres cas qu'il a observés, il y avait en même temps d'autres lésions, et notamment des lésions du cœur et de ses membranes.

Les lésions anutomiques sont le point le plus important à considérer; aussi ne saurais-je mieux saire que de transcrire encore le passage de M. Rayer où se trouve leur description: « En examinant après la mort, dit cet auteur, les divers organes d'individus de différents àges qui avaient succombé à des affections du cœur on du péricarde survenues à la suite de rhumatismes, j'avais noté depuis longtemps que les reins étaient quelquesois altérés. Lorsque j'eus réuni un certain nombre de cas de ces lésions rénales chez des rhumatisants, je sus frappé des apparences particulières que présentaient ces lésions. Si l'altération était récente, la substance corticale des reins était infiltrée, en un ou plusieurs points, de lymphe coagulable; ces dépôts solides saissient presque toujours saillie à la surface extérieure du rgin, où ils apparaissaient comme des plaques légèrement jaunâtres, souvent entourées d'une tiene rouge plus ou moins soncée. Le volume de ces dépôts était très variable; à la coupe ou voyait qu'ils se prolongeaient quelquesois très prosondément dans l'épaisseur de la substance corticale; j'en ai vu qui avaient le volume d'une grosse noix; d'autres celui d'un grain de cassis ou d'un grain d'un plus petit volume encore; dans tous les cas, leur limite était exactement indiquée par une ligne rouge soncé qui séparait ces dépôts des parties non altérées. Les membranes extérieures du rein, dans les parties correspondantes à ces dépôts, étaient généralement injectées; quelquesois aussi la membrane muqueuse du bassinet offrait de belles arborisations vasculaires et un pointillé rouge remarquable; les reins étaient augmentés de poids et de volume; en outre ils contenaient quelquesois de petits dépôts de pus.

» Lorsque la maladie est ancienne, les lésions de la néphrite rhumatismale ont d'autres apparences : les éminences qu'on remarque dans le premier état à la surface des reins sont remplacées par des dépressions plus ou moins profondes, en général d'une assez grande dimension, et dont le fond est jaune. La coupe n'a plus la même apparence: à l'état aigu, la matière du dépôt réssemblait à la lymphe plastique des pseudo-membranes; à l'état chronique, c'est une matière serme, solide, et qui, à l'exception de sa couleur jaune, ressemble assez bien à du tissu cellulaire condensé. Là où sont les dépressions, les membranes fibreuse et celluleuse du rein sont tellement adhérentes, qu'elles ne peuvent en être détachées, et souvent même, dans leur voisinage, elles sont si fortement unies avec la substance corticale du rein, qu'on ne peut les séparer qu'avec la plus grande difficulté. Quelquesois ces membranes sont généralement épaissies, mais le plus souvent il n'existe que des épaississements partiels, reconnaissables à la saillie ou à l'opacité plus ou moins considérable de ces membranes dans les points affectés. On rencontre quelquesois en même temps des kystes séreux dans la substance corticale, et de petits corps cartilagineux dans la substance tubuleuse. »

Si maintenant nous jetons un coup d'œil critique sur cette description, nous voyons que, sous le rapport des symptômes, on ne peut pas être complétement d'accord avec M. Rayer. Suivant lui, cette néphrite rhumatismale serait d'abord suffisamment caractérisée par la maladie générale, dont elle est un des rares phénomènes; mais il faudrait, pour que cette proposition fût adoptée sans restriction, qu'il fût bien démontré qu'une néphrite simple ne peut pas se produire dans le cours d'un rhumatisme, ou, en d'autres termes, que toutes les fois que pendant la durée d'un rhumatisme il survient des signes d'inflammation du rein, on pôt affirmer d'avance que si la mort survenait, on trouverait à l'autopsie la lésion particulière décrite plus haut, et qui, aiusi que nous allons le voir, est en définitive le caractère le moins sujet à contestation de la néphrite rhumatismale.

Avec M. Rayer il faut convenir que la douleur, telle qu'elle a été observée et décrite, n'est pas un signe suffisant. Quant à la suppression de l'urine, la manière de voir de cet auteur paraîtra peut-être exagérée; car, suivant tous les observateurs, ce symptôme n'appartient pas au rhumatisme articulaire, ou du moins ne se montre que d'une manière exceptionnelle dans cette maladie. Mais en admettant même que cette suppression de l'urine soit un phénomène se montrant assez fréquemment dans le rhumatisme articulaire pour mériter une attention particulière, il eut fallu, avant de se prononcer, rechercher si la suppression a, dans ce dernier cas, une aussi longue durée que dans la néphrite, et il est plus que probable qu'on aurait noté le contraire. C'est donc, selon moi, sur ce symptôme que l'attention des observateurs doit être principalement portée.

Les caractères physiques et chimiques de l'urine n'ont, comme on l'a vu, rien de particulier; de sorte que si l'on n'avait pas trouvé la lésion spéciale décrite par M. Rayer, et dont je vais parler, on serait en droit de nier l'existence d'une néphrite de nature rhumatismale.

Reste donc cette lésion qui consiste dans un dépôt de lymphe coagulable; mais malheureusement ce caractère lui-même n'est pas essentiel, comme le fait remarquer M. Rayer. « Ces lésions anatomiques, dit-il (1), suffiraient, indépendamment de la cause qui les produit, pour caractériser la néphrite rhumatismale, si, dans certaines néphrites par poisons morbides, on n'observait pas des lésions semblables à celles que j'ai rencontrées dans la période aiguë de la néphrite rhumatismale. »

Il résulte de ce qui précède que presque tout reste encore à faire sur cette espèce de néphrite, et qu'on doit d'abord s'efforcer de démontrer péremptoirement son existence. Copendant j'ai cru devoir entrer dans tous ces détails, parce qu'il ne peut pas être indifférent pour la pratique de savoir si l'on doit reconnaître ou non une néphrite de nature particulière, qui pourrait bien exiger des moyens différents de ceux qu'on oppose habituellement aux autres. Si je n'ai pas pu résoudre complétement la question, j'ai du moins montré les points qui demandent surtout à être éclairés. Espérons que des observations nouvelles ne tarderont pas à faire cesser nes doutes.

Le traitement deit nécessairement se ressentir de l'incertitude dans laquelle nous sommes restés sur l'existence même de la nature spéciale de la maladie; nous ne pouvons avoir, en effet, aucune expérimentation thérapeutique dirigée sur des cas bien déterminés.

- Dans le cas, dit M. Rayer, où l'on reconnaîtrait, pendant la vie, une affection rhumatismale des reins, son traitement rentrerait inévitablement dans celui de la maladie générale dont elle ne serait qu'un des éléments : des émissions sanguines abondantes et rapprochées seraient nécessaires. » Cette proposition ne peut évidemment s'appliquer qu'à la néphrite survenant dans le cours d'un rhumatisme aigu. Mais si, après s'être montrée de cette manière, l'affection persiste et devient chronique, ou bien si elle est chronique dès le début, quels sont les moyens à lui opposer? Ici l'observation est muette, et tout ce que je peux faire, c'est de renvoyer le lecteur à l'article Rhumatisme articulaire chronique, en attendant que de nouvelles recherches viennent nous apprendre s'il est utile de diriger contre l'affection rénale en particulier quelque moyen tout spécial.
- "On a aussi, ajoute le même auteur, conseillé d'appliquer des vésicatoires ou d'autres topiques excitants autour des articulations qui avaient été douloureuses dans le cours d'un rhumatisme, lorsqu'il paraissait s'être fixé sur les reins. "C'est là le traitement commun à toutes les métastases de ce genre admises par les auteurs.

ARTICLE V.

NÉPHRITE GOUTTEUSE.

Si l'on s'en laissait imposer par de simples apparences, on pourrait croire que la plupart des auteurs ont réellement mentionné une néphrite goutteuse; mais si l'on examine avec attention les principales publications dont M. Rayer nous a donné une indication exacte, on voit bientôt qu'il ne s'agit, dans toutes ces

^{.1)} Loc. cif., t. If, p. 74.

descriptions, que de la gravelle ou des colculs urinaires, qui se présentent fréquemment chez les goutteux.

M. Rayer est donc le seul qui ait explicitement signalé l'existence d'une inflammation du rein de nature goutteuse. Cette manière de voir doit-elle être adoptée ? Pour qu'il en fût ainsi, pour qu'on ne conservat aucun doute, il faudrait qu'à des signes de néphrite évidents chez des goutteux correspondissent après la mort des lésions différentes dans leur nature de celles des autres néphrites, et que ces lésions eussent pour siège la substance même du rein et non ses conduits, puisque ce siège est celui des affections dont nous nous occupons actuellement. Or voici ce qui résulte des recherches de M. Rayer.

D'abord, comme nous venons de le voir, les auteurs qu'il a cités n'out réellement constaté que la fréquence plus ou moins grande de la gravelle et des calculs prinaires dans les maladies goutteuses. En second lieu, les faits qu'il a réunis nous paontrent des individus qui, sujets à des attaques de goutte, ont eu, dans le cours de leurs attaques ou dans les intervalles, les urines chargées d'acide urique, ont épronvé quelques douleurs rénales, et parfois ont eu des accès de colique néphrétique. Enfin à l'autopaie, chez un très petit nombre de sujets, on a trouvé des trainées d'acide urique dans les tubulures, de petits calculs, et des lésions de la substance corticale et des membranes des reins qui n'ont rien de particulier.

Dans un seul cas les lésions présentaient quelque chose d'insolite, et c'est pourquoi je vais en donner la description, afin qu'on puisse juger si ce fait est suffisant pour qu'on admette la néphrite goutteuse.

- « A l'ouverture du corps d'un goutteux, dit M. Rayer, j'ai trouvé les deux reiss profondément altérés. Ils présentaient à leur surface de gros mamelous blanchêtres, séparés par des dépressions dont le fond, parcouru par un très grand nombre de vaisseaux capillaires, était rougeêtre. Les mamelons, plus durs que la substance rénale, adhéraient fortement aux membranes extérieures des reins. Toute la surface du rein gauche était généralement mamelonnée, et ses extrémités étaient comme hérissées d'un grand nombre de petites aspérités. Le rein droit était maint déformé; sur une des faces, les mamelons, disposés en circonvolutions, dégéséraient en des élevures plus petites, irrégulières; sur l'autre face, les espèces de circonvolutions formées par les gros mamelous s'arrêtaient à un fillon qui semble continuer l'angle inférieur de la scissure du rein, dont le lobe inférieur était presque lisse. A la coupe, la substance corticale était très pâle, et, par endroits, d'une teinte jaunêtre et légèrement transparente, à peu près comme dans un des états de la néphrite albumineuse; on ne découvrait point de granulations.
- Les bassinets, un peu dilatés et arborisés, contenaient un assez grand nombre de petits graviers jaunes d'acide urique; on voyait en outre, à la surface interne du bassinet du rein gauche, un petit nombre de vésicules jaunâtres, transparentes, du volume d'une tête d'épingle.
- » Il existait aussi un certain nombre de petits graviers jaunes dans la vessie, dont la membrane muqueuse était saine. »

Je ne crois pas qu'avec de pareils saits on puisse regarder comme démontrée l'existence d'une néphrite goutteuse. M. Rayer lui-même semble le reconnaître, lorsqu'après avoir mentionné les grains de sable qui se trouvent dans les reins, il ajoute : « Quant à l'apparence de l'altération des substances des reins, elle varie

soivant les cas, mais elle correspond toujours à une de celles qui caractérisent la néphrite chronique, » Ainsi, je le répète, tout se qu'on peut dire, c'est que les goutteux sont sujets à la gravelle urique, et que, dans certains cas, les dépôts qui en résultant irritent les reins de manière à produire une inflammation aiguë ou chronique qui a son siége principal dans les conduits urinaires; mais il n'y, a rien là d'assez spécial pour nous déterminer à décrire cette affection comme une aspèce particulière de néphrite. Au reste, la pathologie n'y perd rien, car toute la différence consiste dans la manière d'envisager l'affection, et, pour les basoins dat praticien, il suffit de rappeler ces faits à l'occasion de la gravelle et des calculs urinaires.

Cependant, comme il ne peut pas être inutile de savoir quelles sont les espèces, différentes que présente une maladie, parce que chacune d'elles peut exiger un traitement particulier, je n'ai pas pu me dispenser d'entrer dans la discussion prévil cédente, et d'indiquer avec quelques détails les raisons qui m'empêchent de déro crire une néphrite goutteuse.

ARTICLE VI.

MALADIE DE BRIGHT

(nophrite athunineuse, albuminurie, affection granuleuse des reins, etc.)

L'affection dont il va être question dans cet article est une de celles dont on n'a pas, pu faire remonter la connaissance plus haut que ces dernières années, quelques, recherches d'érudition qu'on ait entreprises. C'est au docteur Bright que revient, l'honneur de cette découverte, qui pouvait être préparée, mais qui assurément, n'était point faite, comme on peut s'en assurer en lisant avec quelque attention l'historique détaillé de M. Rayer sur cette grave maladie, historique dont je vais indiquer sommairement les points principaux. Depuis Hippocrate jusqu'à Cotugno (1), tout ce que les auteurs avaient constaté, c'est que l'anasarque correspond parfois à certaines affections des reins. À peine si quelques uns avaient remarqué certains caractères particuliers des urines dans les cas de ce genre. À Cotugno commence une nouvelle série de recherches pour ainsi dire en seus inverse; c'est-à-dire que si les médecins précédents s'étaient contentés de signaler la coincidence de la lésion rénale et de l'albumine, Cotugno et un bon nombre de ceux qui vintent après lui se contentèrent de rechercher le rapport qui pouvait exister entre la présence de l'albumine dans les urines et l'hydropisie.

Wells (2), dans plusieurs publications dont M. Rayer nous a donné des extraits, fut le premier qui entrevit le rapport et de la lésion particulière des reins, et de la présence de l'albumine dans les urines, avec les hydropisies, et la découverte de la maladie eût été complète si ce rapport eût été bien précisé. Mais Wells n'alla pas jusque-là, ainsi qu'on peut s'en convaincre par ce passage que rapporte M. Rayer:

Mais je n'en conclus pas, ajoute Wells, que ces apparences des reins et celles qui ont été nofées dans d'autres cas (reins plus volumineux et plus mous, avec vési-

⁽¹⁾ De ischiade nervosa (Comment., 1770).

⁽²⁾ On the presence of the red matter and serum of the blood, etc. (Transactions of a Society for the improv. of med. and chir. knowledge, vol. 111).

cales, kystes, etc.) existent toujours, ni que les reins sont toujours malades, quand les urines contiennent beaucoup de sérum (1). » C'est cette indécision qui empédita qu'on n'accordât aux recherches de cet auteur toute l'attention qu'elles méritaient, car on ne peut pas nier qu'elles ne soient de la plus haute importance.

Jusqu'à Bright il n'est aucun autre auteur qui ait poussé plus loin la connaissance de la maladie, et c'est pourquoi je n'entrerai pas dans des détails sur leurs travaux, bien que ceux de Blackall (2) et de Prout (3) aient un degré d'intérêt incontestable.

Voici comment M. Rayer indique la manière précise dont M. Bright fit connaître les caractères de la maladie à laquelle il a attaché son nom. On verra par là que, dès ce moment, toutes les incertitudes devaient cesser. « Après avoir rappelé l'influence remarquable que les maladies du cœur et des gros vaisseaux, les maladies du foie et des veines, et celle de l'inflammation des membranes séreuses exercent sur le développement de l'hydropisie, M. Bright annonça nettement que l'hydropisie avait encore une autre source dans des altérations particulières des reins; et il ajouta que toutes les fois que l'hydropisie dépendait de ces altérations rénales, l'urine était plus ou moins albumineuse, tandis qu'il ne l'avait jamais trouvée coagulable dans un grand nombre d'autres hydropisies qu'il avait observées et qui dépendaient de maladies organiques du soie. »

Dès lors l'affection sut bien connue, et il ne resta plus qu'à étudier quelques détails que le temps seul pouvait saire connaître. Des auteurs d'un très haut mérite vinrent bientôt compléter la description de la maladie, sur laquelle ont paru, dans ces quinze dernières années, un très grand nombre de travaux importants. Je me contente de mentionner ceux des docteurs Christison (4), Gregory (5), Rayer (6), Martin-Solon (7), parce que j'aurai à citer maintes sois, dans le cours de cet article, et les recherches de ces auteurs, et celles de plusieurs autres observateurs récents qui ont aussi jeté quelque lumière sur ce point si important de la pathologie des reins.

Il s'est élevé au sujet de la nature même de la maladie, de la dénomination qui lui convient et des diverses formes qu'elle présente, des discussions qui me paraissent mériter d'être examinées avant que nous entreprenions son histoire. La manière dont seront résolues les questions soulevées dans ces discussions doit, en ellet, avoir une influence marquée sur le mode qu'il convient d'adopter dans la description de cette affection. Dans un travail que j'ai déjà cité (8), j'ai traité ces questions avec les détails qu'elles méritent; je crois donc bien faire en reproduisant ici le passage où elles sont examinées. Voici comment je m'exprimais à ce sujet:

« Avant d'entrer en matière, examinons d'abord, avec M. Rayer, si la maladie

(2) Observ. on the nature and cure of dropsies; London, 1813.

^{. (1)} Lac. cit., t. 11, p. 534.

⁽³⁾ Inquiry on the nat. and treat. of gravel, etc.; London, 1821. Trad. en françois per Mourgué, Parie, 1822, in-8.

^{.(4)} Observ. on the variet. of dropsy, etc. (Edinburgh med. and surg. Journ., 1829); and On granular degen. of the kidnies, etc.; Edinburgh, 1829.

⁽b) On diseas. stat. of the kidney, etc. (Edinburgh med. and sury. Journ., 1821).

⁽⁶⁾ Oper. cit., t. II, p. 546.

⁽⁷⁾ De l'albuminurie, etc.; Paris, 1838.

⁽⁸⁾ Arch. gén. de méd., 3º série, 1842, 1. XV. p. 59.

mérite réellement le nom qu'il lui a imposé. L'expression de néphrite albumineuse indique l'existence d'une inflammation des reins, dont le signe spécial est la présence de l'albumine dans les urines. De nombreuses objections ont été faites à cette manière d'envisager la maladie, et M. Rayer a senti qu'il fallait commencer par, les repouser. Nous ne saurions mieux faire que de citer la note de M. Rayer sur ce point, qui ne laisse pas d'avoir une grande importance, car les idées qu'on se fait sur la nature d'une maladie ont nécessairement une grande influence sur son traitement.

- « On a, dit M. Rayer, sait plusieurs objections contre la dénomination de néphrite albumineuse que j'ai imposée à cette maladie des reins.
- » On a dit que le mot néphrite, employé comme terme générique, pouvait empècher de reconnaître la nature de la lésion rénale; que cette dénomination tranchait une question qui n'était pas complétement résolue; qu'elle tendait à saire appliquer à cette maladie la méthode antiphlogistique qui ne lai était pas favorable dans un certain nombre de cas, et qui lui était contraire dans ses périodes avancées; enfin, on a ajouté que d'autres lésions inflammatoires des reins étaient également accompagnées d'urines albumineuses. Je me bornerai à remarquer içi que l'analogie de cette maladie avec les autres inflammations rénales est frappante, lorsqu'on les étudie comparativement dans leurs causes, dans leurs symptômes et leur traitement, et surtout dans les caractères anàtomiques de leur première et dernière période ; que le not de néphrite, appliqué comme terme générique à la néphrite albumineuse, pe peut empêcher de reconnaître cette maladie, analogue par plusieurs caractères importants à la néphrite ordinaire; que si la méthode antiphlogistique telle que la comprennent les auteurs des objections, c'est-à-dire l'emploi des saignées générales et locales, la diète, etc., n'est pas applicable à la néphrite albumineuse chronique, une foule d'inflammations chroniques, et en particulier toutes les inflammations chroniques et non fébriles des reins et de la vessie sont dans le même cas; enfin que si l'urine contient quelquesois, et d'une manière passagère, de l'albumine mélangée ou non de pus ou de sang, dans d'autres affections rénales ou dans d'autres inflammations des reins (fait que j'ai signalé depuis longtemps), cela ne lait pas que le passage constant d'une quantité notable d'albumine dans l'urine ne soit un phénomène propre à caractériser une espèce particulière de néphrite.
 - On s'est fait généralement une idée peu exacte de la néphrite albumineuse, d'après la seule connaissance de ses formes lentes on chroniques. Longtemps on a négligé l'étude des cas aigus qui surviennent après la scarlatine, et plus rarement sous l'influence du froid et de l'humidité, et les cas les plus communs où la maladie, à son début, a un caractère inflammatoire, noté par des médecins d'une époque déjà éloignée, qui, dans l'ignorance du siège primitif de la maladie, l'avaient considérée comme une hydropisie inflammatoire, pléthorique ou sthénique.
 - De résumé, la dénomination de néphrite albumineuse à l'avantage de donner une idée générale du caractère nosologique de la maladie, de la rapprocher des lésions rénales avec lesquelles elle a de l'analogie, de faire pressentir la nécessité d'arrêter une maladie inflammatoire et désorganisatrice dès son début et avant qu'elle passe à l'état chronique, où elle est presque toujours incurable.
 - " J'ajoute que les dénominations qu'on a proposées pour désigner cette maladie sont loin d'être présérables (Diseased kidney in dropsy, Bright, 1827; Renal

diseases accompanied with secretion of albuminous urine; Bright, 1886; — The variety of dropsy wich depends on diseased kidney, Christison; — The diseased states of the kidney connected during life with albuminous urine, Gregory); denominations dont les unes out l'inconvénient de rattacher la lésion révale à l'hydropisie, laquelle n'existe pas toujours et semble supposer que l'hydropisie pe peut résulter d'autres affections rénales, et dont les autres sembleut réunir dans un même groupe toutes les lésions rénales accompagnées d'urine albumineuse pendant la vie, ce qui ne serait pas vrai, et ce qui ne pourrait être fait sans une confosion facheuse.

- La dénomination de dégénérescence granuleuse (granular degenération of the kydniès, Christison) a le grave inconvénient de donner à entendre que les granulations sont le caractère anatomique essentiel de la maladie, tandis qu'elles n'en sont réellement qu'une des apparences. Aussi cette dénomination a-t-elle conduit à méconnaître la maladie dans les cas où les granulations de M. Bright n'existaient pas : dans la première, la seconde et la troisième forme, par exemple.
- » La dénomination renal dropsy (hydropisie dépendante des reins) présent l'hydropisie comme la maladie elle-même, et cependant l'hydropisie peut ne pas exister lorsque la lésion rénale existe, et elle peut disparaître complétement lorsque l'affection rénale persiste.
- » La dénomination d'albuminurie, proposée par M. Martin-Solon, est plus défectueuse encore. En employant un même mot (albuminurie) pour désigner à la fois un phénomène commun à plusieurs maladies et une affection particulière des reins produisant l'hydropisée, il a été inévitablement conduit à jeter une sorte de confusion dans une étude qui offrait déjà par elle-même de grandes difficultés.
- » Enfin on a proposé d'appeler cette affection maladie de Bright, et j'aurais été très disposé à adopter cette dénomination qui constate la découverte de œ médecia célèbre, s'il ne m'eût paru préférable de donner à la maladie un nom pathologique significatif. »
- --- » Les raisons que donne M. Rayer pour conserver la dénomination qu'il a adoptée n'ont peut-être pas toute la valeur qu'il leur attribue. Il est très vrai que dass la première période de la maladie les symptômes et les lésions anatomiques présentent des caractères semblables à ceux des autres inflammations rénales; mais n'en est-il pas de même pour toutes les affections organiques dont la nature s'éloigne le plus de l'inflammation? Qu'il se développe des tubercules dans les poumons, un cancer dans l'estomac ou dans l'intestin, ne voyons-nous pas surveoir, dans le premier cas, des symptômes qui se rapprochent tellement d'une bronchite chronique, qu'ils en ont imposé à plusieurs observateurs, et dans le second des troubles gastriques et intestinaux tels; que l'inflatamention paraît, dans quelques cas évidente? Certains auteurs, il est vrai, admetteat que les maladies dont mous parlons sont de nature inflammatoire, au moins dans feur première période; mais nous ne pensons pas que M. Rayer soit de ce nombre, et il neut sufit de faire remarquer que la maladie de Bright suit, d'après cet auteur, une marche bien différente de l'inflammation ordinaire, qu'elle donne lieu à des altérations de structure qu'on ne rencontre pas dans les simples phlogmasies, que sous ces divers rapports elle se rapproche évidemment assez des affections organiques dont nous venous de parier pour montrer que s'il est vrai que cette affection présente, des

le principe, des symptômes inflammatoires, ces symptômes ne sont pas essentiels, ne sauraient constituer la nature de la maladie, et ne sont, comme dans les cas de tubercules pulmonaires et de cancers des divers organes, autre chose que le résultat d'un travail organique profond par lequel commence la dégénération toute spéciales des reins. S'il en était autrement, ne verrait-on pas se produire assez fréquemment des altérations toutes semblables à celles qui ont lieu dans la néphrite simple?

Il est vrai que les autres dénominations proposées par les divers auteurs ne sont pas plus exactes; aussi n'est-ce point sur le nom en lui-même que portent nos résexions, mais sur les raisons que M. Rayer a invoquées pour l'adopter. Pourvu, en esset, qu'on ait soin, comme il l'a fait, de prévenir le lecteur de la spécisicité de la maladie, pen importe, au sond, qu'on l'appelle néphrite albumineuse, maladie des reins avec sécrétion d'urine albumineuse (Bright), dégénérescence granuleuse des reins (Christison), maladies des reins liées à une sécrétion albumineuse (Gregory), ou bien simplement maladie de Bright. Il n'est point de lecteur un pen instruit qui ne comprenne aussitôt que, puisque ces symptômes instammatoires existent dans une maladie toute spéciale, ils n'ont qu'une importance secondaire, et ne doivent nullement détourner son attention de l'étude des caractères particuliers de l'affection.

Une seule dénomination peut-être doit être abandonnée; c'est celle d'albuminurie, imaginée par M. Martin-Solon. L'abuminurie, en esset, ne constitue
pas, comme le sait remarquer M. Rayer, une maladie particulière, mais bien
une altération de la sécrétion urinaire commune à plusieurs affections. On ne
peut pas plus se servir de ce nom que de celui de dyspnée pour indiquer une
maladie dans laquelle la gêne de la respiration serait portée à un très haut degré.

· ll est donc bien compris qu'on ne doit attacher à toutes ces dénominations qu'une médiocre importance; c'est dans l'étude attentive des détails de l'affection, et non dans un mot qui n'en indique qu'incomplétement les caractères, qu'on doit

chercher à se faire une idée de la nature d'une maladie. »

La discussion dans laquellé je viens d'entrer à propos des dénominations imposées à la maladie de Bright n'est pas un pure dispute de mots, car il en résulté que cette affection ne peut pas plus être considérée comme une inflammation des reins que comme une simple excrétion anormale d'albumine, ou toute autre altération exclusive soit des solides, soit des liquides. C'est une maladie dans laquelle plusieurs états morbides spéciaux concourent au même but. On voit donc qu'en discutant les dénominations, j'ai en définitive cherché à apprécier la nature même de l'affection, et si je ne suis pas parvenu à l'indiquer d'une manière précise, c'est que la chôse n'est pas possible dans l'état actuel de la science.

Quant aux divisions proposées par les auteurs, il faut remarquer d'abord que presque toutes se rapportent uniquement aux lésions auttomiques, et que par conséquent elles ne doivent pas pous préoccuper dans la description symptomatique. Si, à des lésions déterminées, on pouvait rapporter, à certaines époques de la maladie, des symptomes également determinés, il faudrait établir sur ces rapports une division méthodique; mais c'est ce qui n'existe pas. Ainsi il est impossible de dire d'une manière précise quels sont les symptomes qui correspondent particulièrement aux trois formes admises par M. Bright, aux trois degrés de M. Christison, aux cinq variétés de M. Martin-Solon; ou plutôt, il faut reconnaître que tous les

symptômes de la maladie correspondent indifféremment à ces formes, à ces degrés, à ces variétés.

Une seule division a une importance réelle en pathologie, c'est celle qui a été établie par M. Rayer. Cet auteur a décrit une néphrite albumineuse aigué et une néphrite albumineuse chronique. La première correspond aux deux premières des six formes anatomiques admises par M. Rayer, et la deuxième aux quatre dernières. Des observations contenues dans le Traité des maladies des reins et dans les ouvrages des autres auteurs déjà cités, il résulte, en effet, que dans certains cas de maladie de Bright, les symptômes se développent très rapidement, en déterminant des symptômes marqués de réaction, et que la mort survient avant que les lésions soient parvenues au degré où les reins sont profondément altérés dans leur texture. Ce fait était d'autant plus important à noter, que, dans les premières recherches sur cette affection, cette première période avait passé inaperçue.

Mais doit-on admettre d'une manière absolue qu'il existe réellement une néphrite aigué? C'est ce qui paraîtra douteux, si, en jetant un coup d'œil sur les observations, on constate que les phénomènes attribués par M. Rayer à la néphrite albumineuse, dans son état d'acuité, ne diffèrent de ceux de la néphrite chronique que par leur plus grande promptitude à se produire. Il n'y a pas, en pareil cas, comme, par exemple, dans la gastrite aigué comparée à la gastrite chronique, une différence tranchée dans les deux affections; symptômes dissemblables, terminaisons presque entièrement opposées, etc. On doit bien plutôt regarder la néphrite albumineuse aigué de M. Rayer comme une première période de la maladie, qui quelquefois se produisant d'une manière peu distincte, échappe à l'observation, ou mieux encore comme semblable à ces cas exceptionnels qu'on rencontre daus toutes les affections essentiellement chroniques.

C'est ainsi que dans la phthisie, par exemple, on trouve des cas dans lesquels la maladie marche avec une extrême rapidité, et donne lieu à des phénomènes sébriles considérables, sans que pour cela on ait cru devoir diviser, d'une manière obsolue, la phthisie pulmonaire en phthisie aiguë et chronique; ce sont des manières d'être particulières d'une assection toujours la même, assez intéressantes pour sixer l'attention du médecin, mais qui ne sont pas suffisantes pour qu'on établisse une division rigoureuse.

C'est donc uniquement pour apporter plus de rigueur dans la description, que pour mieux apprécier la valeur des symptômes, suivant que la maladie marche avec plus ou moins de rapidité, que je présenterai séparément ce qui appartient à la forme aigue et à la forme chronique de la maladie dont je trace l'histoire.

§ I. — Définition ; synonymie; fréquence.

Nous venons de voir qu'il est impossible de définir la maladie de Bright par sa nature même. La définition qu'en a donnée M. Rayer est la suivante : « La néphrite albumineuse, dit-il, est principalement caractérisée, pendant la vie, par la présence d'une quantité notable d'albumine, avec ou sans globules sanguins, dans l'urine; par une moindre proportion des sels et de l'urée dans ce liquide, dont la pesanteur spécifique est presque toujours plus faible que dans l'état sain; enfin par la coîncidence ou le développement ultérieur d'une hydropisie particulière du tissu

cellulaire et des membranes séreuses. » Cette définition, qui néanmoins s'applique plus rigoureusement à la forme chronique qu'à la forme aiguë, doit être adoptée. Lorsque-je décrirai les lésions anatomiques, on verra quels sont les caractères de cette maladie sous ce rapport.

Nous avons vu plus haut quelles sont les principales dénominations sous lesquelles cette maladie a été désignée; il serait inutile de les reproduire ici. Je dois seulement dire que par les raisons qui ont été indiquées, c'est le nom de maladie de Bright qui me paraît devoir être conservé, et qui l'a été, en effet, par le plus grand nombre des auteurs français.

La maladie de Bright, sans être, à beaucoup près, une des plus fréquentes, n'est cependant pas une affection rare. Depuis que l'auteur auglais a fixé d'une manière précise les caractères de cette affection, on en a observé et rapporté un très grand nombre d'exemples; mais il y a une très grande différence dans la fréquence de la maladie, suivant qu'on la considère avec les symptômes d'acuité que nous avons signalés, ou suivant qu'on n'a égard qu'aux faits où elle se montre avec son caractère essentiellement chronique. Cette dernière forme est incomparablement plus fréquente. M. Becquerel (1) indique ainsi la proportion des cas de maladie de Bright chez les adultes; « Du 1^{er} janvier 1839 au 1^{er} janvier 1840, il est entré, dit-il, dans les salles Saint-Louis et Sainte-Marthe de l'hôpital de la Charité, 1448 malades, dont 848 hommes et 600 femmes. Sur ces 1448 individus, 17 étaient atteints de maladie de Bright: 11 hommes et 6 femmes, ce qui fait un individu atteint de l'affection des reins sur 85 entrants: un hommes sur 77, et une femme sur 100. »

M. Becquerel, comparant ensuite cette fréquence à celle de quelques autres maladies, trouve que l'affection typhoide donnant un sur 22 entrants, la pneumonie un sur 48, les maladies du cœur un sur 38, la pleurésie un sur 46, la maladie de Bright ne donne qu'un sur 85. Il est à désirer que les recherches soient continuées dans le même sens, car, quoique ces résultats soient intéressants, on ne peut nier qu'ils ne soient fondés sur un nombre de faits trop restreint. Faisons remarquer d'ailleurs que cette fréquence de la maladie ne s'applique qu'aux cas observés en France. Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de l'influence des climats.

SII. - Causes.

Les causes de la maladie de Bright n'ont pas été étudiées avec toute la rigueur nécessaire par le plus grand nombre des auteurs. M. Becquerel, seul, nous a donné des résultats numériques qui ont nécessairement de l'importance, mais qui ont besoin d'être corroborés par de nouveaux relevés de faits, car l'affection n'étant pas très commune, ces résultats portent nécessairement sur un nombre de cas très limité; cependant c'est cette analyse qu'on doit suivre principalement, à cause de sa plus grande rigueur.

1° Causes prédisposantes.

Age. Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'instluence de l'âge. C'est ainsi que la plupart ont avancé que la maladie de Bright est moins fréquente chez les ensants que chez les adultes, tandis que M. Becquerel assirme qu'elle est tout aussi com-

⁽i) Sémélotique des urines, p. 546.

mune chez les prémiers que chez les derniers. Toutesois ce sait ne me paraît pas sussissamment démontré, et je ne crois pas qu'avec les éléments que possédait M. Becquerel, on pût arriver à quelque chose de précis. Il a, en esset, rassemblé vingt-cinq observations de maladie de Bright chez les ensants, mais ces saits lui sont venus de dissérentes sources; comment donc aurait-il pu trouver une proportion exacte, ne sachant pas le chisse des sujets sur lesquels ont été prises les observations? Tout ce qu'il est permis de dire, c'est que les cas qu'il a recueillis et ceux que l'on recueille journellement à l'hôpital des Ensants malades prouvent que la maladie n'est pas aussi rare dans l'ensance qu'on pourrait le croire d'après les assertions de certains auteurs. M. Rayer a remarqué que c'était principalement à la suite de la scarlatine qu'on l'observait chez les ensants, et que, en pareil cas, la suite de la scarlatine qu'on l'observait chez les ensants, et que, en pareil cas, la suite de présentait presque toujours sous sa sorme aigné.

Les adultes en sont fréquemment atteints. Elle se montre rarement dans un le très avancé, ainsi que le démontrent les divers relevés d'observations : toutefois, pour que les résultats fussent précis, il faudrait connaître le nombre de sujets existants aux différents ages, document que nous ne possédons pas.

Sexe. L'influence du sexe est évidente. Les hommes en sont plus fréquemment atteints que les semmes; c'est un fait que nous avons constaté en citant le relevé de M. Becquerel, et qu'il ne saudra pas perdre de vue lorsque nous aurons à déterminer le rapport qui peut exister entre la maladie de Bright et les tubercules du poumon.

Constitution; tempérament. La constitution n'a pas été étudiée d'une manière rigoureuse. Toutefois on admet qu'une constitution débile et un tempérament lymphatique prédisposent considérablement à cette affection. On a surtout insisté sur l'influence de certaines affections constitutionnelles, et en particulier des scrofules et de la syphilis. « J'ai vu, dit M. Rayer, plusieurs malades atteints de cette espèce de néphrite, qui avaient des ulcères scrofuleux aux jambes, des inflammations chroniques aux articulations des genoux, de la hanche; des es des pieds, des doigts, etc.; d'autres offraient des symptômes non équivoques de syphilis ancienne et invétérée, des éruptions vénériqunes, des exostoses; des ulcérations à la voête palatine, etc. Toutefois tous ces cas n'étaient pas également concluants, car plusieurs de ces malades avaient été exposés à l'influence d'autres causes dont l'action sur le développement de la néphrite albumineuse n'est pas douteuse : à l'impression du froid et de l'humidité, et à l'abus des liqueurs spiritueuses. » On voit par cette citation qu'il n'y a rien de bien précis dans l'appréciation de ces causes, dont l'influence ne nous est connue que d'une manière générale.

Conditions hygieniques. Les conditions hygieniques ont attiré particulièrement l'attention des médecins. Suivant M. Rayer, l'exposition habituelle ou longtemps continuée du corps à l'action du froid et de l'humidité est, en France, la cause la plus fréquente de cette maladie. La plupart des individus qu'il a traités avaient passé plusieurs mois dans une habitation froide et humide, et plusieurs étaient journellement exposés par leur état à l'action du froid humide: « C'étaient, dit l'anteur que je viens de citer, des tisserands, des blanchisseuses, des ouvriers imprimeurs occupés à mouiller le papier, des portiers habitant des loges basses et humides; d'autres exerçaient des professions qui les obligeaient d'avoir habituellement les pieds dans l'eau (débardeurs, bateliers, etc.). »

Cette appréciation d'une cause importante à connaître n'est malheureusement pas rigoureuse; c'est ce que l'on a très bien fait observer quand on a dit que les professions exercées par les ouvriers dans les grandes villes en exposent le plus grand nombre au froid et à l'humidité, et que par conséquent il n'est nullement étonnant qu'on en trouve une proportion notable dans la maladie de Bright aussi bien que dans toute autre. On oublie toujours que la recherche des causes, et sertout des causes indirectes, doit principalement porter sur la proportion relative des cas. Parce que l'on voit un nombre un peu considérable de sujets d'une certies profession être affectés d'une maladie donnée, on en conclut que cette profession y expose plus que toute autre, et l'on tombe de cette manière dans les plus graves erreurs. Espérons que des recherches faites d'après des données plus certaines viendront nous éclairer sur l'influence de la cause que nous étudions ici, et que nous devons regarder comme probable, mais non comme démontrée de manière à satisfaire les esprits rigoureux.

L'abus des liqueurs spiritueuses, dit M. Rayer, est une cause très commune de la néphrite albumineuse dans la Grande-Bretagne, où, suivant M. Christison, cet abus produit les trois quarts ou même les quatre cinquièmes des cas de cette maladie. »

Les réflexions que je viens de présenter à propos de l'influence du froid et de l'humidité se présentent naturellement ici. Les sujets admis dans les hôpitaux, en Angleterre, ne font-ils presque pas tous des excès alcooliques? Et devons-nous trouver extraordinaire qu'un très grand nombre de malades soient dans ces conditions? M. Rayer n'a pas recherché l'influence de cette cause en France, ce qui lui eût servi à juger la question. Quant à M. Becquerel, il a trouvé que neuf fois seulement sur soixante-neuf cas les malades étaient dans l'habitude de faire des etcès de hoisson. Cette proportion est, comme on le voit, très peu considérable, et à coup sûr on la retrouverait dans une maladie quelconque observée dans nos hôpitaux.

Les recherches faites sur l'influence de l'alimentation n'ont produit aucun résultat satisfaisant. M. Becquerel, qui a examiné sous ce point de vue les divers cas soumis à son observation, n'en a trouvé que neuf dans lesquels la nourriture ait été manvaise et insuffisante. On n'a cité aucun aliment particulier qui puisse produire la maladie de Bright.

Suivant quelques auteurs, les excès vénériens pourraient donner naissance à cette affection, mais le fait n'est nullement prouvé, puisque deux individus seulement sur soixante-neuf observés par M. Becquerel étaient dans de semblables conditions. M. Bayer (1) dit que trois fois l'onanisme lui a paru la seule cause appréciable à laquelle on pût attribuer le développement de la néphrite albumineuse chronique; mais cette proposition ne saurait être regardée comme très exacte, puisque nous rerrons plus loin que cette maladie peut se développer sans qu'il soit possible d'en découvrir la cause.

Suivant ce dernier auteur, l'aménorrhée est plutôt une conséquence que la cause de la maladie de Bright. Le même auteur a rangé la grossesse parmi les

⁽¹⁾ Loc. cit., t. II, p. 129.

causes prédisposantes de cette maladie ; les recherches de MM. Cahen (1) et Devilliers fils (2) ont confirmé cette assertion.

Je ne parle point ici de l'influence de la phthisie pulmonaire, des maladies du cœur et du foie, parce que j'aurai à en dire un mot plus loin en parlant des conditions organiques dans lesquelles se développe l'hydropisie rénale.

Les climats et les saisons ont-ils une influence mieux démontrée que celle des causes précédentes? Si l'on s'en rapporte aux différents auteurs, le fait n'est pas douteux; cependant il faut observer qu'aucun d'eux ne s'est exprimé d'une manière précise. Tout ce qu'il est permis de dire, par conséquent, c'est qu'un climat froid et humide, le printemps et l'automne, paraissent plus favorables au développement de la maladie.

Enfin on s'est demandé si l'hérédité, dont l'influence n'est pas douteuse dans quelques autres maladies des reins, ne se retrouverait pas dans celle dont il s'agit ici, mais les recherches ont démontré le contraire.

2º Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles sont beaucoup plus difficiles encore à reconnaître que les causes prédisposantes. Les recherches sur ce point ne nous fournissent que des résultats extrêmement vagues. Il suffira par conséquent d'indiquer rapidement les causes de ce genre.

Les excès de boissons alcooliques, dont j'ai parlé à propos des causes prédisposantes, se retrouvent ici, mais leur influence n'est nullement mise hors de donte. L'influence du froid extérieur devient bien plus marquée chez les individus convalescents de la scarlatine. Lorsque nous aurons à traiter de cette maladie, nous indiquerons les cas où il survient une hydropisie par suite de l'impression du froid. Or il résulte des recherches de M. Rayer qu'en pareil cas l'urine est albumineuse, et les reins présentent les lésions propres à la maladie de Bright.

Une grande fatique, des travaux excessifs ont été également signalés, sans qu'on ait fourni des preuves plus convaincantes. Ajoutons l'ingestion de boissons froides, le corps étant en sueur, l'usage immodéré des préparations mercurielles, signalés par les docteurs Wells, Blackall, Christison, mais dont l'action n'a pas été reconnue par M. Rayer, qui a fait sur ce point des recherches nombreuses à l'hôpital des Vénériens, avec M. le docteur Desir, et nous aurons les principales causes occasionnelles de la maladie de Bright.

3° Conditions organiques.

En donnant la définition de la maladie, nous avons dit que ses principant caractères étaient la présence de l'albumine dans les urines, l'hydropisie, et une lésion particulière des reins; mais est-ce à la maladie des reins qu'il faut rapporter l'existence de l'hydropisie et la présence de l'albumine dans les urines, qui ne seraient alors que de simples symptômes? Ou bien doit-on chercher une cause organique antérieure, à laquelle il faudrait rapporter et les symptômes et les lésions rénales? C'est ce qui ne paraît pas douteux au docteur J. Darrwall (3).

⁽¹⁾ De la néphrite albumineuse chez les femmes enceintes; Thèse, Paris, 1846.

⁽²⁾ Archiv. yen. de med.

^{&#}x27;3) Cyclopædia of pract. med., article Dropsy.

Suivant cet auteur, il faudrait diviser la maladie en trois espèces : la première, qui commence par une affection des organes respiratoires ou circulatoires, et est suivie de l'affection particulière des reins ; la deuxième, qui commence par cette affection des reins , et qui a pour conséquences les lésions de la respiration et de la circulation ; la troisième, enfin, dans laquelle les reins sont les seuls organes lésés.

D'autres auteurs, faisant des observations plus précises, ont recherché, et le nombre des cas dans lesquels diverses affections ont précédé l'apparition rénale, et les rapports de cette lésion avec ces maladies diverses. On a dit que les tubercules pulmonaires tantôt précédaient et tantôt suivaient l'apparition de la maladie de Bright; mais par ce fait seul on a prouvé que l'influence réciproque de ces maladies n'était pas suffisamment connue. Rappelous-nous d'ailleurs que la maladie de Bright est plus commune chez les hommes que chez les femmes, et que les tubercules pulmonaires sont, au contraire, notablement plus fréquents chez ces dernières, et nous en conclurons qu'avant d'admettre cette influence réciproque des tubercules et de la maladie de Bright, il faut attendre des faits mieux étudiés et plus rigoureusement analysés que ceux que nous possédons.

Il en est de même des maladies du cœur, auxquelles MM. Rayer et Martin-Solon ont, après la plupart des auteurs anglais, attribué néanmoins une action marquée. Ce n'est qu'avec des chiffres considérables, en établissant d'une manière rigoureuse les proportions et après avoir suivi avec beaucoup d'attention la marche et le développement successif de ces maladies qui se compliquent entre elles, qu'on pourra arriver à un résultat précis; or tous ces renseignements nous manquent.

M. le docteur Bevil Peacock (1) a recherché quel est le rapport de coincidence des diverses maladies du cœur, du foie et des poumons, avec la maladie de Bright. Il résulte de ses recherches que la phthisie pulmonaire se rencontre beaucoup plus fréquemment que toute autre affection avec la maladie de Bright, et que l'apparition de cette dernière maladie agit d'une manière très fâcheuse dans la marche des tubercules. Relativement au premier de ces résultats, on ne peut s'empêcher de faire remarquer qu'il n'offre rien qui démontre d'une manière positive une liaison évidente entre la phthisie et la maladie de Bright, puisque dans toutes les circonstances la phthisie est plus fréquente que les autres affections étudiées par M. Peacock sous ce rapport.

Ensin on s'est demandé s'il n'y aurait pas une maladie primitive du sang dont les urines albumineuses, l'hydropisie et les lésions rénales ne seraient qu'une conséquence. Je ne crois pas que l'étude de la maladie soit assez avancée sous ce point de vue pour que l'on puisse se prononcer d'une manière positive.

Quelques recherches ont démontré que le sérum du sang des individus affectés de la maladie de Bright a perdu une notable quantité d'albumine; mais tout dépend ici de l'époque à laquelle ce liquide a été examiné; et comme, ainsi que nous allons le voir, il est extrêmement difficile de reconnaître l'époque précise où l'altération des reins commence, on conçoit facilement toutes les difficultés qu'il y a à s'assurer si l'altération du sang est primitive ou consécutive. Qu'il nous suffise donc d'avoir indiqué ces importants sujets de recherches, et passons à la description des symptômes.

⁽¹⁾ London and Edinburgh monthly Journ., août 1835.

§ III. — Symptômes.

Il est nécessaire, ainsi que je l'ai dit plus haut, de tenir compte, dans la description des symptômes, de la forme aiguë et de la forme chronique. M. Rayer a surtout insisté sur cette distinction, que la plupart des autres auteurs ont néanmoins négligée; et cependant, sous le point de vue du diagnostic, elle offre un intérêt incontestable, puisque la maladie marche, dans certains cas, avec une extrême rapidité, et donne lieu à des symptômes fébriles qui pourraient être facilement méconnus et pris pour ceux d'une autre affection aigué.

1º Forme aiguë. Début. Suivant M. Rayer, la maladie de Bright, à l'état aigu, débute ordinairement par un frisson suivi de chaleur à la peau, de soif, et de fréquence et dureté du pouls; mais si l'on consulte les observations, on voit que le frisson a été rarement noté, et que la soif, la chaleur et le pouls fébrile n'ont pas attiré l'attention d'une manière suffisante. M. Martin-Solon, qui a donné une description intéressante de la maladie de Bright, et qui a observé plusieurs faits présentant la forme aiguë, n'a nullement parlé du frisson; et quant aux autres symptômes qui viennent d'être mentionnés, il les a notés comme faibles et passagers; d'où il résulte que les symptômes fébriles, indiqués par M. Rayer comme caractérisant d'une manière particulière le début de la néphrite albumineuse aigué, ne se montrent avec quelque intensité que dans des cas exceptionnels.

Symptômes. La douleur est encore un symptôme qui n'a pas été étudié d'une manière satisfaisante. Suivant M. Rayer, les malades éprouvent presque toujours un sentiment de constriction, une douleur sourde, ou au moins un malaise aux lombes. quelquefois plus marqué aux régions rénales. Si nous consultons les autres auteurs, nous trouvons une manière de voir fort dissérente au sujet de ce symptôme. Ainsi M. Gregory n'a noté la douleur rénale que dans la moitié des cas; M. Tissot (1) ne l'a constatée que chez le tiers des sujets, et M. Martin-Solon, en étudiant attentivement les faits, est arrivé au même résultat que M. Tissot. On peut dire, il est vrai, que ces derniers auteurs ont parlé à la fois de la forme aigue et de la forme chronique, et que c'est là peut-être la cause de la divergence d'opinions que je signale. Il faut donc nécessairement avoir recours aux observations rapportées par VI. Rayer lui-même. Or. si l'on consulte les seize cas de néphrite albumineuse aigue qui se trouvent dans son ouvrage, on trouve que dix fois la douleur rénale a manqué complétement ou n'est pas mentionnée, et que six fois seulement il est question de cette douleur. Si l'on voulait même être très rigoureux, il faudrait n'admettre deux de ces derniers cas qu'avec un point de doute, car il n'est pas certain que la douleur, rapportée par les malades à un point peu précis des lombes, appartînt réellement à la glande rénale. Il suit de là que, jusqu'à ce qu'on ait apporté en preuve de nouveaux faits concluants, on ne doit regarder la douleur rénale que comme un symptôme appartenant à la minorité des cas, ce qui lui ôte nécessairement de son importance.

Cette douleur est peu considérable et sourde, même dans les cas les plus remarquables par leur acuité. Jamais les médecins qui l'ont étudiée ne l'ont voe consister en élancements, en irradiations gagnant les cuisses et les testicules, et souvent elle est si saible, qu'il saut sixer l'attention du malade sur elle pour qu'il l'apprécie.

⁽¹⁾ De l'hydrop, causée par l'affection granuleuse des reins; Thèse, Paris, 1833.

La pression, et mieux encore la percussion, servent à déterminer d'une manière plus précise le siège de la douleur qui se développe spontanément, et, dans quelques cas, à provoquer la manifestation de ce symptôme chez des sujets qui ne l'avaient jamais éprouvé. Ces derniers cas sont rares; mais, suivant les recherches de M. Martin Solon, la douleur provoquée ne manque jamais chez les sujets qui ressentaient déjà des douleurs spontanées.

L'inspection de la région rénale ne fait reconnaître rien de particulier. M. Piorry a proposé de pratiquer la percussion pour déterminer le degré de tuméfaction des reins; mais dût-on parvenir de cette manière à un résultat précis, ce qui est bien loin d'être prouvé, qui voudrait faire placer les malades sur les coudes et sur les genoux, et percuter longuement la région rénale, pour s'assurer que les reins ont acquis un volume plus grand qu'à l'état normal, lorsqu'on peut par beaucoup d'autres moyens excellents arriver à constater l'existence de la maladie et en suivre les progrès?

La sécrétion urinaire présente des altérations de la plus haute importance, paisque, com me nous l'avons vu, elles ont principalement servi à caractériser la maladie. L'abondance des urines est toujours, d'après les recherches de M. Rayer, moins considérable que celle des boissons, et elle est souvent réduite à une quantité qui varie entre 360 et 180 grammes par jour. Les autres auteurs se contentent de dire que la quantité de l'urine est ordinairement au-dessous de la quantité normale. L'émission de l'urine a lieu sans douleur, suivant M. Rayer, à moins qu'il n'y ait une complication du côté de la vessie. M. Christison dit, au contraire, que presque tous les malades éprouvent des douleurs en urinant. Cette dernière manière de voir est bien loin d'être exacte. Cependant il résulte d'un petit nombre de faits, et notamment de quelques uns qui ont été observés par MM. Gregory et Martin-Solon, que quelquesois il existe une dysurie marquée, alors que la maladie est dans un état évident de simplicité. Mais le nombre extrêmement limité de ces faits prouve que si la proposition de M. Rayer n'est pas d'une exactitude rigoureuse, elle s'applique du moins à la très grande majorité des cas. Il n'est pas non plus exact de dire avec M. Christison que le besoin de rendre les urines se fait fréquemment et impérieusement sentir chez presque tous les sujets; car si, dans quelques cas, le fait a été observé, c'est néanmoins le contraire qui a ordinairement lieu, et il n'est pas rare de constater le même nombre d'émissions qu'on observe dans l'état sain.

Dans la forme aiguë dont il est question ici, l'urine présente ordinairement une couleur remarquable. M. Martin-Solon l'a trouvée brunâtre, rouge, jaunâtre, feuille-morte, couleur de vin paillet. Cette couleur est due à la présence d'une quantité variable de matière colorante du sang, altération sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure. Quelquefois la couleur est presque normale. Ces nuances de coloration varient dans le cours de la maladie. Ainsi, pendant deux ou trois jours, on trouve la teinte la plus foncée qui vient d'être indiquée, puis l'urine redevient citrine ou prend une autre nuance. C'est surtout dans les paroxysmes que présente la maladie de Bright à l'état aigu, qu'on observe ces colorations, et souvent alors on voit l'urine devenir claire ou présenter une teinte foncée, suivant qu'il y a une rémission ou une exacerbation. Dans quelques cas, suivant M. Martin-Solon.

l'urine offre la couleur du vin blanc, que nous lui trouverons plus particulièrement dans les cas de maladie de Bright à forme chronique.

En même temps que les urines présentent ces diverses colorations, elles ont un coup d'œil louche ou trouble, ce qui s'observe plus fréquemment dans la forme dont je donne la description que dans la forme chronique. Quand l'urine reprend sa couleur normale, alors même que la maladie ne fait pas de progrès vers la guérison, il n'est pas rare de lui voir recouvrer toute sa transparence.

L'odeur de ce liquide a quelque chose de particulier qu'il importe de signaler. M. Rayer a étudié avec soin ce caractère: « L'odeur de l'urine, dit-il (1), est faiblement urineuse. Au bout de vingt-quatre heures, l'urine a souvent une odeur particulière, analogue à celle du bouillon de bœuf. Suivant M. Martin-Solon, quand on conserve le liquide dans des vases ouverts, il n'acquiert pas aussi promptement, ni à un aussi haut degré qu'à l'état normal, l'odeur fétide et ammoniacale particulière à l'urine putréfiée. Cependant il y a des exceptions à cette règle, puisque, dans un cas cité par cet observateur, et dans un autre qui a été recueilli par le docteur Sabatier (2), l'urine est devenue promptement fétide. Du reste, il n'y a pas, comme on le voit, de différences notables entre les observations de M. Martin-Solon et celles de M. Rayer.

Un caractère de l'urine, sur lequel M. Tissot a insisté, c'est de mousser beaucoup plus que l'urine normale; si on l'insusse en saisant plonger dans son intérieur l'extrémité d'un tube, on sorme un grand nombre de bulles larges et qui tardent à se rompre, comme cela a lieu dans un liquide chargé d'une certaine quantité de savon.

La densité de l'urine mérite d'attirer l'attention de l'observateur, et à ce sujet il s'est élevé quelques discussions. D'après M. Rayer, la pesanteur spécifique de l'urine est souvent à peu près la même que celle de l'urine dans l'état sain, quelquesois au-dessus et rarement au-dessous, d'une manière notable. M. Martin-Solon n'ayant pas tenu compte, dans son appréciation, de l'état aigu et de l'état chronique, on ne peut invoquer ses recherches sur ce point. Il en est de même de MM. Gregory et Bostock. Quant à M. Bright, il n'a parlé, comme nous l'avons vu, que de la forme chronique. Il n'en est pas de même de M. Christison. Cet auteur a parlé de l'affection au premier degré, et le premier degré admis par lui a les mêmes caractères que la néphrite albumineuse aiguë de M. Rayer. Or il n'est pas arrivé aux mêmes résultats, et voici les réslexions que j'ai présentées à ce sujet dans l'article des Archives déjà cité:

« Suivant M. Christison, il y aurait dans cette première période un léger abaissement de la pesanteur spécifique. D'après M. Rayer, au contraire, elle est souvent à peu près la même que dans l'état sain, quelquesois au-dessus et rarement audessous, d'une manière notable. Comment expliquer cette divergence d'opinions? Faut-il se contenter de dire avec M. Rayer que tout ce qu'on a écrit jusqu'à lui sur la densité des urines ne doit s'appliquer qu'à la forme chronique de la maladie, et nullement à l'état aigu dont il est ici question? Mais nous savons que M. Christison a admis, dans son premier degré, un certain nombre de symptômes inflamma-

⁽¹⁾ Loc. cil., t. 11, p. 106.

⁽²⁾ Consid. et obs. sur l'hydrop. symptom. d'une lésion spéciale des reins (Arch. gén. de méd., 2º vérie, t. V. p. 333).

toires: cet auteur à donc observé des cas où existait l'état aigu. Toutesois les expériences de M. Rayer ont été saites avec tant d'exactitude et un nombre de saits si considérable, que tout porte à croire que les cas observés par M. Christison étaient de simples exceptions. » Il n'a été rien dit depuis sur ce sujet qui doive nous saire changer de manière de voir.

M. Rayer a constaté l'acidité constante de l'urine dans cette forme aiguë de la maladie. Si d'autres auteurs, et notamment M. Martin-Solon, ont dit que souvent ce liquide est neutre, et quelquesois même alcalin, c'est qu'ils ont décrit à la sois la sorme aiguë et la sorme chronique.

L'examen microscopique donne des résultats fort importants, et sous ce rapport je ne saurais mieux saire que de citer le passage suivant de M. Rayer (1):

- « Si, dit-il, au moment de l'émission, on examine cette urine albumineuse et sanguinolente, on reconnaît qu'elle tient en suspension un grand nombre de globules sanguins, parfois des globules muqueux, et toujours de petites lamelles d'épithélium.
- » Abandonnée à elle-même, cette urine donne un sédiment presque entièrement composé de ces globules et de ces lamelles, et quelquefois de filaments fibrineux. Il est rare d'y observer de petits cristaux d'acide urique, dont la présence dans l'urine est beaucoup plus fréquente dans le cours de la néphrite albumineuse chronique. » C'est par la plus ou moins grande abondance des globules sanguins que s'expliquent principalement les diverses nuances de coloration qui ont été indiquées plus haut; je dis principalement, parce que, dans lés paroxysmes, les urinés peuvent prendre, ainsi que l'a constaté l'auteur que je cite, une teinte rouge prononcée, sans qu'elles contiennent une plus grande quantité de sang.
- » Dans la néphrite albumineuse aiguë, ajoute M. Rayer, les éléments naturels de l'urine éprouvent en général, dans leur proportion, un changement moins remarquable que dans la néphrite albumineuse chronique. La proportion de l'urée et des sels est quelquesois peu ou point diminuée, et à cet égard l'urine dissère peu de l'urine à l'état sain. » M. Grégory (2) a constaté l'existence de l'urée en proportion normale, dans un cas appartenant évidemment à la sorme aiguë. Les autres auteurs ayant encore négligé sur ce point la distinction que nous admettons ici de la sorme aiguë et de la sorme chronique, ne peuvent être consultés avec sruit.

Il n'est pas de caractère de l'urine qu'il soit plus important d'étudier que celui qui consiste dans la présence de l'albumine dans ce liquide. Les moyens employés dans le but de constater cette altération particulière du liquide urinaire sont assez nombreux; mais it en est deux qui sont d'un usage général, qu'on a facilement sous la main, qui sont, sous le rapport de l'exactitude du résultat, présérables à tous les autres, et que je dois par conséquent indiquer en première ligne : ce sont l'acide nitrique et le calorique.

Exploration par l'acide nitrique. L'acide nitrique doit être versé presque goutte à goutte dans l'urine. Ce n'est pas qu'un excès d'acide redissolve réellement l'albumine, mais il crispe le coagulum, qui subit une diminution notable de volume, et par conséquent le précipité devient moins facile à constater. On conçoit que, dans les cas où l'albumine se trouve en très petite quantité dans le liquide, il en

⁽¹⁾ Traité des maladics des reins, t. 11, p. 106.

⁽²⁾ Obs. LXXIII.

résulte nécessairement une bien plus grande difficulté à reconnaître sa présence, et c'est même là ce qui a fait croire à quelques observateurs que l'excès d'acide redissolvait ce corps.

L'urine albumineuse, soumise à une suffisante quantité d'acide nitrique, présente un précipité d'un blanc laiteux, blanchâtre, ou gris jaunâtre, et floconneux. Un des caractères de ce précipité qu'il est important de ne pas oublier, c'est qu'il se dissout dans la potasse caustique, et que l'acide acétique ne peut pas le reformer dans cette solution.

Outre ces caractères, on en a cherché, à l'aide du microscope, d'autres qui viennent les confirmer. Voici à cet égard comment s'exprime M. Rayer: « Le précipité fait dans quelques urines par l'acide nitrique est quelques s, comme je l'ai dit, composé d'albumine, d'urate d'ammoniaque et d'acide urique. Pour distinguer ces précipités complexes des précipités simples d'albumine, il sustit de les examiner au microscope. L'albumine coagulée a une apparence lamelleuse, chagrinée, particulière; la présence de l'acide urique ou de l'urate d'ammoniaque dans le précipité, est indiquée dans le premier cas par les cristaux d'acide urique, et dans le second par une poudre amorphe bientôt remplacée par de semblables cristaux, lorsque l'action de l'acide nitrique sur ce sel est complétement opérée. »

Exploration par le calorique. Avant de soumettre l'urine à l'action de la chaleur, pour s'assurer si elle contient de l'albumine, il saut constater si elle est acide, neutre ou alcaline. Dans le premier cas, on peut procéder immédiatement à l'expérience; dans les deux autres, il saut verser dans le liquide une petite quantité d'acide nitrique, de manière à l'aciduler. Si l'on agit sur l'urine alcaline, le précipité ne se sorme pas : à peine le liquide se trouble-t-il lorsque l'albumine est très abondante. Si l'urine est neutre, il se sorme ordinairement un précipité, mais pas toujours, ainsi que l'a constaté M. Rayer; et, dans tous les cas, l'expérience réussit infiniment mieux lorsque l'urine est acide.

Cette précaution prise, il suffit d'exposer l'urine, dans un tube de verre ou dans une capsule à l'action d'une lampe ou d'un feu de charbon. On voit apparaître bientôt un nuage, des stries blanches, puis des grumeaux, des flocons, qui, d'abord suspendus, gagnent ensuite en grande partie le fond du vase. L'apparence de l'albumine coagulée dans l'urine est très variable suivant les cas. Ainsi, lorsque cette matière est très peu abondante, on ne voit qu'un nuage laiteux et de petits grumeaux qui se précipitent; lorsqu'elle est en quantité considérable, des flocons abondants se portent vers le fond du vase, où ils forment une masse plus ou moins grande; d'autres sont suspendus, il y a un nuage blanc dans l'urine; enfin il et des cas, mais bien plus rarement que dans la forme chronique, où l'albumine est en telle proportion, qu'on voit les flocons occuper toute la colonne du liquide et se prendre même en une masse solide.

Il ne faut pas saire bouillir trop longtemps l'urine albumineuse, parce qu'il se produirait l'esset qui se produit lorsqu'on y verse un excès d'acide nitrique, c'est-à-dire que l'albumine se crisperait, se racornirait, et le précipité diminuerait beaucoup de volume.

Exploration par l'acide nitrique et la chaleur réunis. On ne doit pas, autant que possible, se contenter d'un seul de ces deux moyens, et surtout de

l'acide nitrique. Il vaut mieux commencer par celui-ci, et soumettre ensuite l'urine à l'action de la chaleur. Nous avons vu que l'acide nitrique précipite dans les urines albumineuses ou non de l'acide urique et de l'urate d'ammoniaque; or si, en pareil cas, il y a de l'albumine, la chaleur dissout les autres substances et la laisse intacte; s'il n'y a pas d'albumine, comme dans certaines maladies (rhumatisme, péritonite, etc.), la chaleur rend à l'urine toute sa transparence.

D'un autre côté, la chaleur précipite certains sels, et surtout les phosphates dans les urines alcalines; or l'acide nitrique empêche ce précipité ou le fait disparaître lorsqu'il est formé.

Exploration de l'urine albumineuse par d'autres réactifs. Les moyens que je viens d'indiquer sont généralement, et avec raison, regardés comme les meilleurs. Cependant quelques autres ont été proposés. Je vais les indiquer sans m'y appesantir.

On a eu recours au sublimé corrosif. Le docteur Bostock s'en est principalement servi, et M. Gregory (1) a fait un grand nombre d'expériences avec ce réactif; mais cette substance a l'inconvénient de troubler toutes les urines. Quant à l'alcool, il coagule le mucus, l'acide urique, les phosphates terreux, aussi bien que l'albumine. Il en est de même du tannin et de l'alun. L'hydrocyanate ferruré de potasse est un réactif très sensible, mais il précipite le mucus comme les précédents. Enfin la créosote, employée par M. Martin-Solon, a l'inconvénient de n'agir que sur une quantité un peu notable d'albumine.

La présence de l'albumine seule ne sussit pas pour caractériser la maladie de Bright, puisqu'on la trouve dans d'autres assections, c'est ce qui a engagé les micrographes et ceux qui ont sait l'analyse des urines dans ces maladies, à rechercher d'autres caractères qui pussent servir au diagnostic. Al. le docteur Schlossberger (2) a sait connaître le résultat de ces recherches que je vais exposer en peu de mots:

Les docteurs F. Vogel, Simon, etc., ont vu, à l'aide du microscope, dans l'urine des sujets affectés de maladie de Bright, de petits corps tortueux et filiformes, qu'ils ont regardés comme appartenant en propre à la maladie qui nous occupe. Mais MM. Lehmann et Scherer ont trouvé ces mêmes corpuscules dans d'autres affections des voies urinaires, et tout nous porte à croire avec Henle, qu'ils ne sont autre chose que des exsudations inflammatoires qui ont lieu dans les petits tubes de la substance corticale.

M. Scherer a signalé un autre caractère plus important dans la diminution du résidu solide de l'urine, abstraction faite de l'albumine. Il a, en esset, trouvé que ce résidu est à celui de l'état sain comme 1 est à 2, 3, 4 et même 5.

Suivant M. Renges, c'est principalement sur la quantité de l'urée que porte la diminution. Ainsi, tandis que, dans l'état sain, l'urée forme la moitié du résidu, dans la maladie de Bright, elle n'en forme plus que le onzième, lorsqu'on a enlevé l'albumine. Malheureusement ce sont là des analyses délicates qui ne sont pas à la portée de tous les praticiens.

Hydropisie. L'anasarque, qui survient ordinairement d'une manière très rapide dans les cas dont il s'agit ici, c'est-à-dire dans la sorme aiguë de la maladie

⁽¹⁾ Voy. .1rch. gén. de méd., t. XXX, p. 264 et suiv.

⁽²⁾ Œsterlen's Jahrbücher für pr. Heilkunde, sevrier 1845.

de Bright, a dû nécessairement frapper tous les auteurs, aussi a-t-elle été décrite avec soin. L'infiltration du tissu cellulaire est à la fois bien plus constante et bien plus hâtive que l'épanchement dans le péritoine. Cependant elle peut manquer ellemême dans quelques cas. Suivant M. Gregory, l'hydropisie manquerait chez un peu plus du quart des malades; mais, d'une part, cet auteur a parlé à la fois de la maladie dans sa forme aigué et dans sa forme chronique, et de l'autre il a évidemment, dans quelques cas, rangé dans ses observations des sujets affectés simplement de néphrite aigué ou chronique. L'absence de l'infiltration doit être considérée comme une exception fort rare dans la forme aigué de la maladie de Bright.

C'est par les membres inférieurs que commence ordinairement cette infiltration. Cependant on la voit quelquesois commencer par la face; mais ce serait une erreur de croire qu'il en est fréquemment ainsi; ce dernier début de l'anasarque a frappé quelques observateurs qui l'ont cru plus fréquent qu'il ne l'est en réalité, et c'est ce qui motive cette réslexion.

Que l'œdème commence par les pieds, ou beaucoup plus rarement, comme nous l'avons vu, par la face, il tend à s'étendre et gagne les membres supérieurs; dans un certain nombre de cas, la face et le tronc sont envahis, il y a une véritable anasarque, et l'infiltration peut être si considérable, que le tronc et les membres prennent un volume énorme.

On observe aussi, dans un certain nombre de cas, un épanchement dans le péritoine; mais cette ascite n'est ni fréquente ni ordinairement considérable dans la maladie de Bright à l'état aigu. Dans la plupart des observations rapportées par M. Rayer, il est parfaitement constaté que le ventre ne contenait pas de liquide.

Chez quelques sujets l'œdème, après avoir envahi un membre, le quitte pour se porter sur un autre, ou même il passe de l'un à l'autre côté du corps entier. M. Martin-Solon n'a jamais trouvé d'exemple de cette marche de l'œdème, mais les autres observateurs ont vu les choses se passer de cette manière, et dans des cas où le diagnostic n'était pas douteux.

Comme dans tous les cas où l'œdème se produit promptement, la peau est rénitente, elle ne se présente pas avec cet aspect luisant qu'elle a dans l'œdème chronique, les tissus ne se laissent déprimer que sous une assez forte pression, et les traces de cette pression disparaissent promptement. On n'oublie pas sans doute qu'il ne s'agit ici que de la forme aiguë de la maladie de Bright.

A ces symptômes, qui sont les plus importants, il s'en joint d'autres qui servent à caractériser cette forme aiguë. On a noté la perte de l'appétit, parsois du dégoût pour les aliments, et même des nausées. « Le pouls, dit M. Rayer, est toujours plus ou moins fébrile; les premiers jours, il y a ordinairement de la chaleur et de la sécheresse à la peau »

État du sang. La plupart des auteurs anglais, et M. Rayer après eux, ont noté l'état couenneux du sang extrait de la veine, et un retrait considérable du caillot. On trouve le sérum moins souvent lactescent que dans la forme chronique; mais ce qu'il y a surtout d'important à noter, c'est ce qui survient dans cette partie du liquide sanguin au bout de peu de jours de durée de la maladie. La chaleur et l'acide nitrique y font naître un coagulum moins abondant et moins serme que dans le sérum sain, ce qui s'explique naturellement par le passage, dans les urines.

de l'albumine, cette partie constituante du sérum. Par la même raison, la densité du sérum est diminuée, et ces altérations sont en rapport avec la plus ou moins grande abondance de l'albumine dans l'urine.

C'est par cette diminution de l'albumine du sérum que M. Andral (1) explique la production de l'hydropisie. Le sérum devenant plus fluide, s'échappe facilement hors des voies de la circulation, et est exhalé dans le tissu cellulaire et à la surface des membranes séreuses.

M. Christison a rapporté un cas dans lequel, au neuvième jour de la maladie, le sang était chargé d'urée. MM. Rayer et Guibourt ne sont pas arrivés au même résultat dans leurs expériences sur deux cas soumis à leur observation; MM. Becquerel, Lecanu et Quevenne (2) n'ont pas été plus heureux, ce qui porte à croire que M. Christison a expérimenté sur un cas exceptionnel.

Tels sont les symptômes de la maladie de Bright à l'état aigu; on voit qu'ils n'ont pas été étudiés avec toute la rigueur désirable, mais que, tels qu'ils sont, ils suffisent pour motiver la division que j'ai adoptée.

Lorsque la maladie doit se terminer par la guérison, on voit l'urine devenir plus abondante; la quantité rendue est supérieure à celle des boissons. En examinant tous les jours le liquide, on reconnaît que le coagulum qu'y font naître la chaleur et l'acide nitrique devient de moins en moins volumineux. La proportion des sels et de l'urée augmente au contraire. Le mouvement fébrile tombe; l'œdème se dissipe en commençant par les points envahis les derniers; les épanchements séreux, dans les cas peu fréquents où il s'en était formé, ne tardent pas à être résorbés, et les malades entrent en pleine convalescence. C'est surtout dans la maladie de Bright, survenue après la scarlatine, que les choses se passent de cette manière.

Quand la mort doit être la terminaison de la maladie, on voit ordinairement survenir des complications du côté du thorax (pneumonie, pleurésie, péricardite), dont les symptômes viennent se joindre à ceux que j'ai décrits.

Enfin il n'est pas rare de voir la forme chronique succéder à la forme aiguë. On peut croire alors que la maladie tend à la guérison, parce que l'excitation tombe, que les urines deviennent un peu plus abondantes, que les symptômes gastriques diminuent ou disparaissent, que l'hydropisie elle-même se dissipe; mais en examinant les urines, on voit qu'elles restent albumineuses, et au bout d'un temps plus ou moins long, le retour de l'hydropisie annonce la persistance de la maladie, qui continue alors sous forme chronique.

2° Forme chronique. Les détails dans lesquels je suis entré à propos de la forme aigue me dispenseront de longs développements sur la forme chronique, car il ne s'agit entre elles que de différences qui sont constatées par les mêmes procédés.

Début. Il n'y a de remarquable à signaler dans le début que son obscurité, sur laquelle je reviendrai plus loin. L'hydropisie ne survenant souvent qu'à une époque assez avancée, et toute la maladie consistant d'abord dans une simple altération du liquide urinaire, les malades n'ont aucune conscience de leur état, et il faut reconnaître que si, dans ces derniers temps, on a pu observer un bon nombre de cas avant l'apparition de l'œdème, c'est qu'on a examiné indifféremment les

⁽¹⁾ Essai d'hématologie pathologique; Paris, 1841.

⁽²⁾ BECQUEREL, Séméiol. des urines, p. 513.

urines de tous les malades d'une ou de plusieurs salles d'hôpital, ce qui a mis sur la voie. Des sujets peuvent avoir des urines albumineuses pendant fort longtemps, sans être obligés d'abandonner leurs occupations. MM. Gregory et Christison en ont cité des exemples frappants.

Symptômes. La douleur ne nous présente rien de nouveau à considérer, si ce n'est qu'elle se montre moins fréquemment que dans la sorme aiguē. Le palper, la percussion ne lui donnent jamais une intensité considérable.

M. Rayer a remarqué que, dans une assez grande proportion des cas, le nombre des émissions de l'urine en vingt-quatre heures était plus considérable que dans l'état sain. Ordinairement, toutesois, la sécrétion urinaire a perdu de son abondance, surtout lorsque l'hydropisie s'est déclarée.

Dans cette forme, l'urine est pâle, elle est ordinairement louche et même trouble. Les auteurs ont cité des cas où elle présentait un certain nombre de flocons blanchâtres et ressemblait à du petit-lait. Cependant on la voit aussi conserver sa transparence, et alors elle ne présente autre chose de remarquable que sa décoloration.

L'odeur de l'urine n'a pas ce caractère qui la faisait ressembler à celle du bouillon de bœuf dans la maladie de Bright à forme aiguë; mais elle n'est pas urineuse, elle est simplement fade.

La densité de ce liquide est presque toujours diminuée, et souvent on la voit descendre à 1005 et même 1004. Il y a du reste des variations souvent notables de cette densité d'un jour à l'autre : c'est ainsi que M. Martin-Solon l'a vue du jour au lendemain, et sans cause appréciable, passer de 1007 à 1018.

L'urine est mousseuse, et donne par l'insufflation des bulles larges et persistantes, phénomène qui, dans la plupart des cas, est encore plus marqué que dans la forme aiguë de la maladie.

En traitant le liquide par l'acide nitrique et par la chaleur, on obtient un précipité albumineux qui, dans la majorité des cas, est plus notable que celui que nous avons signalé dans la forme aiguë. Ces deux moyens par excellence doivent être employés de la manière que j'ai longuement indiquée.

Les sels sont presque toujours en très faible proportion dans l'urine. Aussi l'acide oxalique n'y produit-il pas de précipité ou n'en produit-il qu'un très léger, et nous verrons plus loin comment M. Martin-Solon a proposé de tirer parti de œ fait pour suivre la marche décroissante de la maladie.

L'urée se trouve également en moindre quantité dans le liquide urinaire. D'après les recherches de M. Christison, la proportion de ce principe est très variable; cependant, lorsque la maladie est à son summum, et que la quantité de l'albumine dans l'urine est extrêmement considérable, l'urée disparaît presque entièrement de ce liquide.

M. Rayer (1) a constaté que « le défaut de transparence de l'urine tient quelquesois à la présence d'une matière grasse en suspension, qu'on peut enlever à l'aide de l'éther sulfurique, qui rend l'urine transparente. »

Hydropisie. Ce n'est qu'à une époque ordinairement assez éloignée du début de la maladie, que l'infiltration séreuse commence, en sorte que, jusqu'alors, la ma-

⁽¹⁾ Loc. cit., t. II, p. 114.

ladie est bornée aux symptômes siégeant dans les voies urinaires qui viennent d'être décrits. A cette époque, l'ædème se manifeste et se montre d'abord, dans le plus grand nombre des cas, autour des malléoles. Il est marqué principalement le soir, et lorsque les malades se sont tenus longtemps debout. Il gagne ensuite les jambes, et déjà on peut remarquer autour des yeux un peu de bouffissure, notable surtout le matin, au réveil. Enfin l'ædème envahit les cuisses, les membres supérieurs, l'abdomen, la face et le thorax, et parfois cette anasarque devient très considérable.

L'ædème de la maladie de Bright à forme chronique est plus fixe que celui de la forme aigué, c'est-à-dire qu'il ne disparaît pas plus ou moins complétement d'un point du corps pour se porter à un autre, mais qu'il augmente au contraire dans les endroits envahis les premiers, à mesure qu'il gagne d'autres parties.

L'infiltration ne se forme pas avec la même rapidité que dans la forme aiguë; aussi le plus souvent i'œdème a-t-il les mêmes caractères, ou à peu près, que celui qui résulte d'un obstacle à la circulation dû à une affection chronique. Cependant il diminue moins facilement par le repos; et comme d'un autre côté il est des cas où l'on voit l'anasarque augmenter très rapidement en vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures, il en résulte que, chez quelques sujets, il y a une tension considérable, une rénitence marquée des tissus, dans une plus ou moins grande étendue des parties occupées par l'œdème.

Les épanchements dans les cavités séreuses sont bien moins fréquents et moins considérables que l'infiltration du tissu cellulaire. Dans le péritoine, les plèvres et même le péricarde, on a pu reconnaître pendant la vie de légères accumulations de liquide, qui ne se montrent en général qu'à une époque avancée de la maladie, et qui ne sont pas comparables à celles qu'on observe dans le cours des maladies organiques du cœur et du foie. Lorsque celles-ci existent en même temps que la maladie de Bright, les épanchements sont souvent très abondants, mais il est évident alors que ce n'est pas à cette dernière affection qu'il faut en rapporter principalement l'existence. Il est inutile de dire quels sont les moyens propres à faire reconnaître ces collections de liquide séreux. J'ai suffisamment insisté sur ce point en parlant de l'hydrothorax, de l'hydropéricarde et de l'ascite.

- « On a quelquesois, dit M. Rayer, trouvé après la mort des épanchements plus ou moins considérables dans les ventricules cérébraux et dans le canal rachidien.-
- L'analyse chimique a démontré que la sérosité de ces épanchements, indépendamment de l'albumine et des sels qui la composent ordinairement, contenait une certaine quantité d'urée; au moins cela est-il prouvé pour la sérosité des épanchements cérébraux et pour celle qui s'accumule dans la cavité du péritoine. » Je cite ce fait ici, parce qu'il nous explique un phénomène que nous avons signalé dans l'étude de l'urine, c'est la disparition ou du moins la diminution considérable de l'urée. Il est vrai que, comme nous allons le voir, on a trouvé un peu plus souvent de l'urée dans le sang chez les sujets affectés de maladie de Bright à forme chronique que chez ceux qui présentaient cette maladie sous la forme aiguë; mais, d'une part, on est loin d'avoir toujours réussi, et de l'autre, la quantité de l'urée trouvée dans le sang n'est jamais en proportion avec celle qui devrait exister dans l'urine. La facilité avec laquelle cette substance passe dans le tissu cellulaire ou les

cavités séreuses avec la sérosité, explique donc comment il est si difficile de la retrouver dans le sang.

Le sang, par suite de la perte continuelle de l'albumine par les urines, présente des altérations plus remarquables encore que dans la maladie de Bright à sorme aigué. Le sérum est relativement plus abondant, il est notablement moins deuse; il a perdu une quantité notable de son albumine, sait constaté par MM. Bostock. Christison, Gregory et les auteurs qui sont venus après eux; la proportion des sels y est également diminuée d'une manière très notable.

- « J'ai vu, dit M. Rayer, la deusité moyenne du sérum, qui, dans l'état sain, est de 1028 à 1029 (Gregory), réduite à 1013, 1019, 1020, 1022.
- » Cette diminution de la densité du sérum paraît être en raison directe du passage de l'albumine dans l'urine.
- » Lorsqu'on traite ce sérum moins albumineux par l'acide nitrique, l'albumine, au lieu de se prendre en une masse homogène compacte, d'un beau blanc mat, forme souvent une sorte de magma grisâtre, diffluent, gélatiniforme. Par la dessiccation, ce magma perd beaucoup plus de son volume que le coagulum du sérum sain.
- » Lorsqu'on examine au microscope le sang provenant d'individus hydropiques, atteints depuis longtemps de néphrite albumineuse chronique, les globules rouges du sang paraissent moins nombreux que dans le sang sain, et l'on y remarque en outre un certain nombre de globules blancs plus volumineux que les autres.
- » Plus souvent que dans la néplirite albumineuse aigué, le sérum du sant a un aspect légèrement laiteux, ou plus ou moins analogue à celui du petit-lait.
- » Plus souvent aussi que dans la néphrite albumineuse aiguë, on peut obtenir du sang une certaine quantité d'urée. La proportion est variable et toujours très peu considérable. Toutesois il paraît que la proportion de l'urée dans le sang est d'autant plus considérable que la quantité d'urée dans l'urine est plus saible et son excrétion moins abondante.
- o Quant à la proportion de la fibrine dans le sang, les recherches faites sur cresujet n'ont pas encore été assez nombreuses ni assez variées pour qu'on en puisse rien conclure d'absolu. Dans la néphrite albumineuse chronique, le sang est souvent couenneux, quoique moins fréquemment que dans l'aiguë. Le volume du caillot est ordinairement peu considérable. Je l'ai vu retroussé sur les bords comme dans le rhumatisme aigu.
- » L'aspect couenneux du sang peut aussi dépendre des inflammations secondaires ou concomitantes du bas-ventre ou de la poitrine, qui surviennent fréquenment dans les périodes avancées de la maladie. •

On ne me saura sans doute pas mauvais gré d'avoir présenté ces détails, bien qu'au premier abord ils ne paraissent pas avoir un grand intérêt pratique. Ces fait tiennent à l'essence même de la maladie, si l'on peut ainsi parler; si on ne les connaissait pas, on ne pourrait pas suivre avec exactitude la marche du mal, on ne pourrait pas en connaître toute l'intensité, et dans certains cas même, comme dans ceux où l'hydropisie ne s'est pas encore montrée ou a disparu depuis un certain temps, on pourrait ne voir qu'une indisposition légère là où un médecin, an courant de la science, annoncerait une maladie grave et très probablement mortelle.

Ce sont là les graves motifs qui ont engagé MM. Bostock, Christison, Gregory, Rayer, Martin-Solon, etc., à s'éclairer de toutes les lumières de la chimie et de la physique pour étudier ces phénomènes si intéressants qui se passent dans l'organisme. M. Christison surtout a sourni à la science des documents extrêmement précieux sur ce point de pathologie.

En même temps qu'on observe les symptômes qui viennent d'être décrits, on en trouve, du côté des voies digestives, surtout lorsque la maladie dure depuis assez longtemps, quelques uns qui méritent d'être notés. Les vomissements et le dévoiement sont ràres, puisque M. Martin-Solon n'a noté l'un et l'autre de ces symptômes que chez un seul des sujets qu'il a observés. MM. Gregory, Christison, Rayer et Becquerel en ont constaté plus fréquemment l'existence. Toujours est-il que les vomissements, en particulier, se montrent moins souvent encore que dans la maladie de Bright à l'état aigu. Les recherches de M. Becquerel nous apprennent que dans quelques cas l'existence de certaines complications, et surtout de complications d'où résultent des lésions organiques de l'intestin, expliquent l'apparition et la persistance de la diarrhée; que dans d'autres, on peut attribuer ce symptôme à l'abus des purgatifs, ce qui néanmoins me paraît loin d'être démontré; mais que, dans un assez bon nombre, on ne trouve pas une semblable explication, et que le dévoiement, alors même qu'il est continu, ne peut être rapporté qu'à la maladie de Bright elle-même.

Il résulte également, des observations de ce dernier auteur, que les altérations de l'appétit et l'augmentation de la soif ne peuvent guère être rapportées qu'à des complications, dans les cas où la maladie suit une marche chronique. Disons, au reste, que l'état des fonctions digestives demande à être étudié avec plus de soin qu'il ne l'a été, et qu'on ne doit pas oublier, en faisant des recherches sur ce point, de tenir compte de l'état aigu ou chronique du mal.

Dans cette forme chronique, on n'observe pas de mouvement fébrile, à moins qu'il ne survienne une complication; cependant on a vu quelquesois le pouls s'accélérer vers la sin de la maladie, mais sans qu'il y eût de chaleur à la peau ni les autres symptômes de la sièvre. Ordinairement le pouls a sa fréquence normale, quelquesois il est au-dessous du type naturel. Un fait noté par M. Martin-Solou, et qui était remarquable dans un des cas qu'il a rapportés, c'est la dureté des pulsations, sans que pour cela leur fréquence sût augmentée. Il a attribué ce phénomène à une espèce de pléthore séreuse, et l'on sait que M. Beau, dans d'autres maladies où la sérosité du sang est dans une proportion insolite, a constaté ce même sait.

Il est bien remarquable qu'à une époque où les recherches sur les bruits anormaux des artères se poursuivent avec tant d'activité, on n'ait pas cherché à constater leur existence dans la maladie dont il s'agit ici, et dans laquelle, ainsi que nous l'avons vu, le sang est devenu plus séreux. C'est une lacune qu'il faut signaler.

M. Rayer a encore noté la diminution ou la cessation presque complète de la transpiration cutanée et une dyspnée habituelle dont on trouve plusieurs causes en étudiant attentivement l'état des organes. Ce sont les épanchements séreux, l'œdème du poumon, le développement d'une bronchite, ou l'existence concomitante d'une maladie organique du cœur.

Du côté du système nerveux, les symptômes sont ordinairement nuls; il est rare d'en observer d'intenses. Un peu de céphalalgie et de somnolence vers les

derniers temps de la maladie, voilà les principaux. M. Christison a observé le coma dans des cas qui se sont terminés par la mort.

M. Landouzy (1) a dans ces derniers temps signalé un nouveau symptôme de la maladie de Bright: c'est l'amaurose. M. Forget a cité des cas où ce symptôme s'est montré; mais on trouve dans un article du Bulletin général de thérapeutique (2 des faits observés par MM. Martin-Solon, Cruveilhier, Michel Lévy (3), Honoré, qui prouvent que l'amaurose n'est pas un symptôme ordinaire de cette affection, la maladie de Bright, et que les cas observés par MM. Forget et Landouzy sont exceptionnels. M. Forget (4) est, du reste, beaucoup moins affirmatif que M. Landouzy. Quant à moi, j'ai observé, il y a quelques mois, un cas dans lequel l'n'y avait aucune trace d'amaurose.

§ IV. - Marche; durée; terminaison.

La marche de la maladie, lorsqu'elle se présente sous la forme aigué, peut être très rapide. M. Rayer a vu la guérison survenir dans le cours du deuxième, troisième ou quatrième septénaire. Nous avons dit plus haut que les altérations de l'urine, l'infiltration séreuse et même les symptômes généraux pouvaient subir des modifications très considérables dans le cours de l'affection; c'est là une espèce de rémittence très irrégulière qu'il faut connaître.

La marche de la maladie de Bright à forme chronique est plus importante à étudier; elle est ordinairement très lente. Dans les premiers temps, on n'est presque jamais appelé à l'observer. Les sujets eux-mêmes ignorent leur état de maladie, ou, s'ils éprouvent quelque malaise, ils ne le regardent pas comme suffisant pour siver l'attention. Cela tient à ce que les symptômes sont d'abord limités aux voies unnaires, et qu'il faut un examen particulier pour reconnaître les altérations de l'urine. L'infiltration est, pour les malades, le premier indice alarmant, et plusieurs même ne s'aperçoivent réellement de leur état que lorsque cette insiltration a déjà s'ait d'assez grands progrès.

Les symptômes apparents, c'est-à-dire l'œdème, les épanchements séreux, pervent disparaître et l'état général s'améliorer au point que le malade se croit guéri; mais au bout d'un temps plus ou moins long, on voit les mêmes accidents se reproduire, et ces alternatives peuvent se montrer plusieurs fois. Il faut connaître cette marche de la maladie pour ne pas s'en laisser imposer par des guérisons apparentes, qui sont suivies de rechutes dont les symptômes sont ordinairement plus graves. L'examen de l'urine, en faisant reconnaître la présence de l'albumine, apprend au médecin que la maladie persiste, car les symptômes du côté des voies urinaires ne disparaissent pas comme les diverses hydropisies, ou du moins existe-t-il encore, dans les cas dont il s'agit ici, des nuances par lesquelles l'urine differe de l'état normal. Ces rechutes ne sont, comme on le voit, qu'apparentes; car, pour le médecin attentif, la maladie n'a pas cessé d'exister. Nous dirons plus loin un mot des récidives.

La durée de la maladie de Bright à forme aigue varie, d'après les saits recueillis par M. Becquerel, entre trois semaines et deux mois. Celle de la soume

⁽¹⁾ Bulletin de l'Académie de médecine, 1869, t. XV, p. 74.

^{(2) 30} octobre 1849, t. XXXVII, p. 362.

⁽³⁾ Bulletin de l'Académie de médecine, t. XV, p. 46.

⁽⁴⁾ Union med., 1er novembre 1849.

chronique aurait pour limites, suivant le même auteur, deux mois et demi et cinq ans; mais M. Becquerel n'a pas recherché séparément la durée dans les cas simples et dans les cas compliqués; or on comprend tout d'abord qu'il est impossible d'admettre sans un point de doute cette durée de deux mois et demi; car s'il y a eu complication de tubercules ou de maladie du cœur, il faudrait d'abord démontrer que ce n'est pas à ces dernières maladies qu'on doit attribuer la mort. Et d'ailleurs la durée de la maladie, dans les cas de guérison, ne devrait-elle pas être distinguée de celle qu'on observe dans les cas de mort? M. Rayer se contente de dire que la durée de la néphrite albumineuse chronique peut varier de plusieurs mois à plusieurs années. N'oublions pas enfin que pour bien établir la durée d'une maladie, il faut pouvoir fixer le début d'une manière précise, ce qu'il est très souvent impossible de faire dans la maladie de Bright à forme chronique.

La terminaison de la forme aiguë est ordinairement heureuse: « Les malades qui succombent dans ce cas ne sont emportés, dit M. Martin-Solon, que par une maladie étrangère. » M. Rayer s'exprime ainsi à ce sujet: « Dans un certain nombre de cas, la néphrite albumineuse aiguë, et l'hydropisie générale qui en est un des principaux phénomènes, se terminent par la mort. Le plus ordinairement cette terminaison fatale est annoncée par le développement rapide de symptômes cérébraux, ou par une dyspnée symptomatique d'une pleurésie, d'une pleuro-pneumonie suraiguë ou d'une péricardite. » Il résulte de cette proposition, que les complications jouent un très grand rôle dans la terminaison funeste; mais on ne sait s'il faut les regarder, avec M. Martin-Solon, comme la causé unique de cette terminaison, car les symptômes cérébraux pourraient bien appartenir à une maladie de Bright simple. Parfois l'état aigu est suivi de l'état chronique, mais les faits de ce genre sont rares. M. Rayer n'en cite qu'un exemple (obs. xv11), du moins si l'on n'a égard qu'à la maladie de Bright sans complication. Nous avons déjà vu ce qui se passe en pareil cas.

La terminaison n'est pas toujours satale dans la forme chronique, mais les cas de guérison sont bien rares. Dans les observations de néphrite albumineuse chronique non compliquée, rapportées par M. Rayer, on ne trouve que trois guérisons sur huit cas; or les cas de ce genre sont de beaucoup les plus favorables, et si l'on examine les autres, on voit que la mort y est presque constante.

Il est arrivé maintes sois qu'après avoir observé une guérison complète, l'altération de l'urine et l'hydropisie ayant disparu, on a vu se reproduire la maladie avec une intensité nouvelle; ce sont là de véritables récidives. Les sujets atteints une sois de cette affection, à moins que ce ne soit après la scarlatine, paraissent prédisposés à la contracter encore: aussi les voit-on retomber, pour me servir d'une expression usitée, dès qu'ils se soumettent de nouveau à l'action des causes qui ont déterminé la première atteinte de leur mal.

§ V. - Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ont été étudiées avec un soin tout particulier, et c'est d'après elles que les auteurs ont établi leurs diverses formes ou degrés de la maladie. M. Bright a parsaitement décrit les lésions caractéristiques de l'affection parvenue à une époque assez avancée; mais, ainsi que l'a sait remarquer M. Rayer, il n'a pas connu les deux premiers degrés de l'affection. C'est ce dernier auteur

qui est le plus complet. Je ne saurais donc mieux faire que de donner ici sa description, en la faisant précéder d'une courte analyse de celle des autres auteurs; et comme j'avais déjà exposé de cette manière les détails anatomiques dans le travail que j'ai eu occasion de citer plusieurs fois (1), il me suffira de reproduire ici le passage où se trouvent ces détails.

- « Les auteurs ont beaucoup varié dans leurs divisions des diverses formes de cette maladie. Le docteur Bright (2) la divise en trois formes.
- » Dans la première, le rein perd sa fermeté, prend à l'extérieur une couleur jaunâtre qui pénètre avec une légère teinte grise dans la substance corticale. La substance tubuleuse a une couleur plus vive qu'à l'état normal; le volume du rein n'a point changé, et l'on n'y découvre aucun dépôt morbide.
- » Dans la deuxième forme admise par M. Bright, la substance corticale est transformée en un tissu granulé, et il paraît s'être formé dans les intestins un dépôt abondant d'une substance blanche opaque; le rein a augmenté de volume, les granulations sont rendues plus apparentes par la macération.
- » Ensin, dans la troisième forme, le rein est tout à sait rude et raboteux au toucher; on voit souvent s'y dessiner de nombreuses élévations jaunes, rouges, pourpres, et n'excédant guère la grosseur d'une petite tête d'épingle. La sorme du rein a souvent de la tendance à devenir lobulée; cet organe est dur au toucher, il a une consistance demi-cartilagineuse; les tubuli sont tirés vers la surface du rein. Bref, toutes les parties de l'organe semblent avoir subi une transformation, et le dépôt interstitiel paraît moins abondant que dans la dernière variété.
 - » Le docteur Christison n'admet que trois degrés dans l'affection.
- » Le premier, ou degré commençant, est caractérisé, dit cet auteur, par les mêmes caractères anatomiques que ceux du degré qui va suivre, mais moins profonds. On y trouve particulièrement le dépôt dans la substance corticale d'une matière jaune grisâtre, obscurément granuleuse, avec ou peut-être sans un certain degré de congestion sanguine.
- » Le degré moyen est caractérisé par la déposition d'une matière granuleuse et semblable à du fromage. Ce caractère anatomique, le seul important et bien établi de l'altération morbide, paraît d'abord être exclusivement borné à la substance corticale du rein; il y a toutesois, dit M. Christison, des exceptions, mais elles sont en petit nombre.
- » Ensin, dans le troisième degré, ou degré avancé, le dépôt morbide envahit graduellement la portion tubuleuse des reins.
- On voit donc que, pour M. Christison, il n'y a qu'un seul et même caractère pour tous les degrés de la maladie; la plus ou moins grande profondeur de l'altération fait toute la différence.
- » M. Martin-Solon a admis cinq degrés ou variétés; mais ces dissérents degrés ne sont autre chose que les diverses sormes admises par M. Rayer, dont deux seulement, la quatrième et la cinquième, sont réunies; nous allons immédiatement donner la division présentée par ce dernier auteur.
- " M. Rayer distingue d'abord la néphrite albumineuse en aiguë et en chronique: deux formes principales qui correspondent plus particulièrement, ainsi que nous
 - (1) Arch. gen. de médecine, 3° série, 1842, t. XV, p. 69, 299.
 - (2) Cases and observations, etc.

l'avons dit, à certaines lésions qui vont être indiquées; puis il donne la description suivante:

- **Première forme. Le volume des reins est augmenté, leur consistance est assez ferme, sans dureté; leur surface, d'un rouge morbide, paraît piquetée d'un grand nombre de petits points rouges plus foncés que la teinte habituelle de ces organes; la substance corticale est gonflée, et présente un grand nombre de petits points rouges semblables à ceux qu'on observe extérieurement, et qui correspondent la plupart aux glandules de Malpighi fortement injectées de sang; la substance tubuleuse est comprimée par la substance corticale; elle est d'un rouge plus mat, et les stries sont moins apparentes que dans l'état sain. La membrane muqueuse des calices et des bassinets est injectée, et offre des arborisations vasculaires.
- Deuxième forme. Gonflement et poids des reins augmentés, consistance un peu moins serme, lobules souvent plus prononcés qu'à l'état normal. Mais ce qui caractérise spécialement cette sorme, c'est un mélange d'anémie et d'hypérémie sort remarquable, un aspect marbré de la surface des reins produit par des taches rouges disséminées sur un sond d'un blanc jaunâtre. La surface corticale est gonssée; sa couleur pâle jaunâtre, tachetée de rouge, se détache sortement de la substance tubuleuse, dont la teinte est d'un rouge brun assez vis.
- » Ces deux formes appartiennent plus particulièrement à la néphrite albumineuse aiguë.
- narbrées disparues. La substance corticale, à la surface des reins et à la coupe, offre une teinte pâle assez uniforme, d'un blanc rosé, légèrement jaunâtre, ou bien une teinte plus pâle encore, et analogue à celle de la chair d'anguille. Sur quelques points, on remarque des vaisseaux injectés de sang, plus rarement de petites taches ardoisées ou brunes, des granulations blanches ou des dépressions. Souvent endurcissement rouge des mamelons, et léger épaississement de la muqueuse des bassinets et des calices.
- Puatrième forme. C'est celle qui avait commencé à frapper les auteurs avant les recherches de M. Rayer; c'est d'après elle aussi qu'on a donné à l'affection le nom de maladie granuleuse des reins. Ici encore le volume et le poids des organes affectés sont augmentés; la surface externe du rein, ordinairement d'un jame pâle, est parsemée de petits taches d'un blanc laiteux, légèrement jaunâtre, en général plus nombreuses et plus apparentes aux extrémités des reins, et voilées par une lame extrêmement mince, à travers laquelle elles apparaissent comme sous un vernis. Surface des reins parfaitement lisse; granulations dans la substance corticale, qui est gonflée et s'étend entre les cônes; ces petits points, d'un blanc laiteux, se prolongent sous forme de linéaments irréguliers, et comme floconneux, qui semblent se continuer avec les stries divergentes de cônes tubuleux.
- Cinquième forme. Reins toujours plus volumineux et plus pesants. Il semble qu'un grand nombre de petits grains de semoule sont déposés au-dessous de leur membrane celluleuse propre. C'est cette forme que M. Martin-Solon a réunie à la précédente pour n'en faire qu'une seule.
- » Sixième forme. Reins quelquesois plus volumineux et souvent plus petits que dans l'état sain; durs et présentant des inégalités à leur surface, qui offre peu

ou point de taches laiteuses; mais, à la coupe, on en découvre presque toujours un certain nombre dans la substance corticale. Quelquefois néanmoins ces granulations ne peuvent se rencoutrer au milieu des reins indurés, rugueux et mamelonnés.

- "De ces quatre dernières formes, la néphrite albumineuse aiguë n'affecte guère que les deux premières, et encore dans des cas rares; elles appartiennent, au contraire, toutes les quatre à l'état chronique; mais ce sont les deux dernières qu'elle affecte exclusivement.
- * Quelle est de ces divisions que nous venons d'indiquer celle qu'il faut admettre? Évidemment celle de M. Rayer est la plus complète; elle montre davantage toutes les altérations par lesquelles passent les reins pour arriver à cette déformation qu'il a décrite sous le titre de sixième forme, et qui est quelquesois portée à un degré extrême. Aussi est-ce celle qui nous paraît devoir être adoptée, en ayant toutesois bien soin de remarquer, ainsi que l'a fait l'auteur lui-même, qu'elle ne s'applique d'une manière bien précise qu'à l'anatomie pathologique. Il ne saudrait pas, en esset, chercher pendant la vie à diagnostiquer positivement l'existence de telle ou telle sorme à l'exclusion de toutes les autres; on pourrait souvent tomber dans une erreur complète. Ce qu'il y a de plus positif, c'est, ainsi qu'on le verra plus loin, et ainsi que nous l'avons déjà dit, la relation des deux premières sormes avec les symptòmes de l'état aigu, et celle des deux dernières avec les signes de l'état chronique. »

Il est, en outre, quelques autres détails qu'on trouve dans divers auteurs, et qu'il importe de signaler ici. C'est ainsi que MM. Bright et Gregory nous ont appris que les injections ont de la difficulté à pénétrer dans la substance corticale du rein, et que MM. Christison et Becquerel ont rapproché la lésion qui caractérise cette affection d'autres lésions connues. Le premier a cru voir dans la matière des granulations une véritable matière tuberculeuse, et le second rapproche ces mêmes granulations de celles de la cirrhose du foie. Mais rien ne prouve que ces rapprochements soient exacts, et, à ce sujet, je dois indiquer une lacune déjà signalée par M. Christison, c'est que l'analyse du dépôt morbide de la maladie de Bright n'a pas encore été faite.

Ce dernier auteur est un de ceux qui ont signalé avec le plus de soin les lésions qu'on observe dans les utres organes. Ce sont d'abord les suffusions séreuses dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les poumons, et même dans le cerveau, les épanchements dans les cavités séreuses, l'état presque exsangue de tout le corps, qui se remarque surtout dans les centres nerveux, et à l'aide duquel M. Christison explique à la fois la faiblesse des sujets et les symptômes cérébraux observés principalement à la fin de la maladie. Cet auteur a vu fréquemment les vaisseaux sanguius presque entièrement vides. Quant à l'état du sang, j'en ai suffisamment parlé dans la description des symptômes.

Les autres lésions n'appartiennent pas à la maladie qui nous occupe, quoiqu'elles aient pu hâter la mort : ce sont des bronchites, des pleurésies, des tubercules, des lésions propres aux maladies du cœur, des altérations chroniques du foie. De ces lésions, les unes (affections chroniques) ont presque toujours précédé la maladie des reins; les autres (bronchite, pleurésie, péricardite) sont survenues ordinairement dans les derniers temps de la maladie.

§ VI. - Diagnostic; propostic.

Lorsque l'affection présente tous ses caractères d'une manière tranchée, le diagnostic n'est évidemment pas difficile. Rappelons-nous, en effet, qu'il s'agit d'une affection dans laquelle il y a à la fois altération des caractères chimiques et physiques de l'urine, infiltration du tissu cellulaire, et ordinairement état particulier du sang, et nous verrons que, lorsqu'elle se présente avec cet appareil de symptômes, il est à peine quelques cas où l'on puisse la méconnaître ou la confondre avec une autre. Mais, d'une part, ainsi que nous l'avons vu, l'infiltration peut tarder à se montrer, elle peut disparaître, et, de l'autre, l'état du sang est difficile à constater; le plus souvent ou n'a ni le temps ni les moyens nécessaires pour y parvenir; il est donc des cas où des difficultés assez grandes se font sentir, et exigent un examen attentif. Pour présenter ce diagnostic d'une manière méthodique, il faut se rappeler la division en forme aiguë et forme chronique que nous avons suivie plus haut.

Forme aigué. On a cité quelques cas d'anasarque développée rapidement et avec des symptômes d'excitation (auasarque active) dans lesquels l'urine contenait une certaine quantité d'albumine. Les cas de ce genre sont rares; lorsqu'ils se présentent, ils peuvent très facilement donner lieu à une erreur de diagnostic. M. Becquerel en a vu des exemples chez des enfants, à la suite de la scarlatine, et la mort des sujets a permis de constater que les reins étaient seulement œdémateux. Voici, en pareil cas, sur quelles données on peut établir le diagnostic. Il résulte de quelques observations que, lorsque les reins ne présentent pas les lésions caractéristiques de la maladie de Bright, l'albumine ne se montre dans les urines qu'à la suite de l'hydropisie; or il est parsaitement constaté que, dans la maladie de Bright, on trouve ordinairement l'albumine dans le liquide urinaire, un certain temps avant l'apparition de l'anasarque.

Il serait à désirer que ce point de diagnostic fût étudié avec plus de rigueur, car la confirmation du fait que je viens de signaler serait de la plus haute importance. Il est permis de croire qu'il en sera ainsi, car, d'après ce que nous connaissons maintenant de la maladie, l'explication de cette différence est extrêmement facile et satisfaisante à la fois, Lorsque la maladie des reins existe, elle suffit pour produire l'expulsion d'une quantité notable d'albumine par les urines; le sang se trouve alors dans les conditions où les hydropisies se produisent le plus facilement (1), et l'anasarque a lieu. Lorsque, au contraire, celle-ci est produite par d'autres causes qui souvent échappent à notre investigation, la partie liquide du sérum est exhalée dans le tissu cellulaire, l'albumine reste en plus grande abondance dans le sang et finit par être excrétée avec l'urine par le rein, cet émonctoire si puissant. Si donc il ne fallait qu'une explication, la voilà toute trouvée; mais rien ne peut suppléer à l'observation, et, je le répète, l'observation n'a pas encore prononcé d'une manière assez explicite pour qu'on puisse faire de cette apparition hâtive on tardive de l'albumine dans le liquide urinaire, la base d'un diagnostic rigoureux.

il faut en outre tenir compte, dans l'examen de l'urine, de la quantité plus ou moins grande de cette substance. Tous les auteurs reconnaissent qu'elle est en

^{11;} ANDRAL, Essai d'hématologie pathologique.

quantité plus considérable et qu'elle se montre d'une manière plus continue dans la maladie de Bright que dans les autres affections qui peuvent lui ressembler. Dans la forme aiguë que nous étudions ici, les urines contiennent le plus souvent des globules sanguins, ce qu'on n'observe pas dans l'anasarque active ayant une autre cause. Enfin nous avons signalé la douleur rénale et les émissions fréquentes d'une urine peu abondante, phénomènes qui paraissent appartenir plus particulièrement à la maladie de Bright, mais auxquels il ne saut pas accorder trop d'importance, car ils ne sont pas assez constants et peuvent se présenter à un certain degré dans toutes les affections où il existe un peu de sièvre ou d'excitation générale.

Il est un grand nombre de maladies aigués dont certains cas présentent une quantité assez abondante d'albumine dans les urines. Désir, dans son intéressant travail (1), les a étudiées avec soin, et M. Martin-Solon leur a consacré un chapitre de son ouvrage. Les affections dans lesquelles il a trouvé le précipité albumineux sont les suivantes: fièvres intermittentes, urticaire intermittente, exultièmes fébriles, fièvre typhoide, bronchite, pleuro-pneumonie, maladies aigués diverses.

Un premier fait à signaler, c'est que ces affections ne donnent pas lieu à l'hydropisie. Mais nous avons vu dans la description des symptômes que, pendant metation temps, l'hydropisie n'existe pas dans la maladie de Bright, alors que l'albumine est chaque jour constatée dans le liquide urinaire. Comment alors établir le diagnostic? Il faut encore étudier attentivement la continuité et l'abondance de l'excrétion de l'albumine, qui sont bien plus notables dans la maladie de Bright, et en second lieu on a, pour confirmer le diagnostic, d'un côté les symptômes le caux de cette maladie, et de l'autre les symptômes si caractéristiques des autre affections, symptômes qu'il serait inutile d'indiquer ici.

Forme chronique. C'est principalement aux hydropisies développées dans le cours des maladies chroniques, et dans lesquelles l'urine peut être albumineuse, que se rapportent les considérations présentées par M. Martin-Solon sur ce point du diagnostic différentiel. Cet auteur, après avoir cité des faits de ce genre qu'il a recueillis, et en avoir mentionné d'autres publiés par M. Forget, s'exprime ainsi: « Les cas rares dont nous venons de parler peuvent se distinguer de ceux de la maladie de Bright par les symptômes suivants : l'urine est habituellement de couleur normale; elle a conservé en partie son odeur, n'a perdu que peu ou point de ses principes constituants. La quantité d'albumine qu'elle contient est peu considérable; il existe une cause (une maladie du cœur ou du foie, par exemple ' qui rend raison de l'hydropisie. Enfin l'œdème n'a pas toujours commencé par les jambes, et l'ascite, s'il en existe une, a précédé l'anasarque. Lorsque, au contraire, l'urine a perdu sa densité et sa couleur normales, quand elle précipite aboutamment par l'acide nitrique ou se trouble à l'approche de la chaleur, il n'y a plus de doute possible, l'hydropisie dépend d'une lésion rénale. »

Ce diagnostic peut être regardé comme exact, saus en ce qui regarde la marche de l'hydropisie, qui ne s'applique qu'aux maladies du soie, et en particulier à la cirrhose. Dans les maladies du cœur, en esset, nous savons que l'ædème commence habituellement par les jambes, et que l'ascite est consécutive.

^{(1\} De l'albuminurie, 11º partie, chap. 11, Faite d'urine congulable et précipitable.

M. Martin-Solon a eucore posé le diagnostic snivant entre la maladie de Bright et la néphrite, soit aigué, soit chronique, dans laquelle l'albumine, ainsi que le prouvent des faits qu'il a cités, peut se trouver dans l'urine, alors qu'on n'y voit pas encore de pus. Voici comment il s'exprime à cet égard : « Dans la néphrite, il n'y a pas d'ædème. La fièvre l'accompagne ordinairement; il est rare de l'observer dans l'affection rénale de Bright; la suppuration termine souvent la première, on ne la voit jamais dans la seconde. La maladie de Bright affecte en même temps les deux reins; la néphrite aigué envahit souvent l'un des deux seulement. La néphrite aigué détermine des douleurs sympathiques qui occasionnent des vomissements, la rétraction des testicules, des douleurs dans ces parties ou dans les grandes lèvres; nous n'en avons jamais vu sous l'influence de la maladie de Bright. » Il n'y a encore qu'on doute à élever sur ce diagnostic, c'est à propos du siége de la néphrite aigué dans un seul des reins. On peut voir ce que j'ai dit à ce sujet en parlant de cette maladie (1).

Tels sont les principaux points du diagnostic dissérentiel. Il ne me reste qu'à dire quelques mots des maladies dans lesquelles d'autres produits que l'albumine se trouvant dans le liquide urinaire pourraient être pris pour cette matière.

Dans l'hématurie, l'urine contient du sang, et par conséquent de l'albumine: Nais, dit encore M. Martin-Solon, dans l'hématurie, l'albumine n'existe que passagèrement dans l'urine; on ne l'y retrouve plus dès que celle-ci cesse d'être colorée par le sang. Dans l'hydropisie avec albuminurie, la coloration rouge est passagère, la présence de l'albumine persiste lorsque l'urine a recouvré sa coloration normale. » Il faut ajouter que, dans l'hématurie, on trouve des caillots fibrineux au fond du vase, ce qu'on n'observe pas dans la maladie de Bright.

Dans l'urine mélangée de pus, l'acide nitrique et la chaleur, dit M. Rayer, décèlent bien la présence de l'albumine; mais la présence des globules purulents et parsois celle d'une proportion considérable d'urates et de phosphates séparent nettement ces urines les unes des autres. »

Enfin on distingue les urines chyleuses des urines albumineuses, en observant que, dans les premières, l'albumine est mélangée à une quantité considérable de matière grasse, dont il est très facile de constater la présence, puisqu'il suffit de laisser reposer le liquide pour voir se former, au bout de quelques heures, « uue couche d'aspect crémeux à sa surface, une teinte opaline ou laiteuse dans toute sa hauteur, et un dépôt sanguinolent ou fibrineux, ou d'apparence gélatineuse (Rayer). »

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1º Signes distinctifs de la maladie de Bright à forme aiguë et de l'anasarque aiguë due à d'autres causes.

MALADIE DE BRIGHT A PORME AIGUE.

ANABARQUE AIGUE.

Symptomes du côté des reins : pesanteur, émissions fréquentes de l'urine, etc. (Signe douteux.)

Pas de sympiones rénaux.

Albumine dans les urines précédant pen-

Pas d'albumine dans les urines; ou bien

¹⁾ Voy. Nephrite aigue.

dant un temps plus ou moins long l'appari- apparition de cette substance après la protion de l'hydropisie.

duction de l'anasarque.

Je renvoie le lecteur aux détails qui précèdent, pour se rappeler les points encore incertains de ce diagnostic.

2° Signes distinctifs de la maladie de Bright à forme aigue et d'autres affections fébriles avec urines albumineuses.

MALADIE DE BRIGHT A PORME AIGUE.

L'albumine se trouve constamment dans les urines pendant tout le cours de la maladie; l'abondance seule varie.

Elle est généralement beaucoup plus abondante.

Hydropisies.

Autres symptômes généralement légers de la maladie de Bright.

AUTRES AFFECTIONS PROBILES.

L'albumine ne se trouve que d'une menière passagère.

Généralement peu abondante.

Pas d'hydropisies.

Symptômes presque toujours intenses et caractéristiques de ces affections (lièvre tjphoide, pueumonie, rhumatisme, etc.)

3° Signes distinctifs de la maladie de Bright à l'état chronique et des autres affections chroniques qui donnent lieu aux hydropisies.

MALADIE DE BRIGHT A PORME CHRONIQUE.

Urine pale, louche, ayant une odeur sade.

Sa densité est diminuée; elle a perdu en plus ou moins grande partie ses sels et l'urée.

Albumine en quantité considérable, existant d'une manière continue,

L'ædeme commence presque toujours par les membres inférieurs; l'ascite survient après.

Autres symptômes légers de la maladie de Bright.

AUTRES AFFECTIONS CHRONIQUES OUI PROGUISEFT L'EYDROPISIE.

Urine de couleur normale, conservant l'edour urinouse.

Densité normale; sols et urée à l'élat normoi.

Albumine en petite quantité; ne se mostrant ordinairement que d'une manière pa**za**gère.

Dans les maladies du fois, l'accise précide l'adòme.

Symptômes caractéristiques de maladies de cœur, du foie, etc.

he Signes distinctifs de la maladie de Bright à forme aigué ou chronique et de la néphrite simple avec urines albumineuses.

MALADIE DE BRIGHT A FORME AIGUE OU CHRONIQUE.

Pas de flèvre (forme chronique) ou mouvement fébrile léger (forme aiguë).

Hydropisie.

Jamais de suppuration.

Douleur des reins nulle ou sourde.

Pas de rétraction douloureuse des testicules, ni de douleurs dans les grandes lèvres. elc.

NÉPHRITE SIMPLE AIGUE OU CHRORIQUE, AVEC URINES ALBUMINEUSES.

Fièrre toujours asses marquée.

Pas d'hydropisie.

Setermine souvent per suppuration.

Douleur des reins plus ou mains vive.

Rétraction doulourouse des testicales, ²⁰⁰ leur dans les grandes lèvres, etc.

5. Signes distinctifs des urines albumineuses de la maladie de Bright à forme aigué et des urines rendues albumineuses par la présence du sang dans l'hématurie.

urenes aldumineuses de la malabir de driget | urines dendurs albumineuses par la présent A FORME AIGUE.

tirine constamment albumineuse.

DU SANG DANS L'HÉMATURES.

Urine passagérement albamineuse.

La couleur de l'urine devenant normale, l'albumine peut être en quantité moins grande, état normal, l'albumine disparait. mais ne disparati pas.

Pas de caillots fibrineux au fond du vase.

Dès que la couleur de l'urine revient à son

Ordinairement caillots fibrineux au fond du

6° Signes distinctifs de l'urine albumineuse de la maladie de Bright et de l'urine rendue albumineuse par la présence du pus.

URINE ALDUMINEUSE DE LA MALABIE DE BRIGHT.

Pas de globules purulents.

Urates et phosphates en quantité moindre qu'à l'état normal.

Autres symptômes de la maladie de Bright.

urine rendue albumineuse par la présence DU PUS.

Globules, purulents, distingués au microscope.

Sels souvent plus abondants qu'à l'état

Symptômes, des inflammations des voies

7° Signes distinctifs de l'urine albumineuse de la maladie de Bright et de l'urine chyleuse.

vrine albumineure de la maladie de ringet.

Pas de cremor à la surface.

UNINE CHYLEUSE.

Cremor à la surface, après queiques heures de repos.

Il est sans doute plusieurs autres caractères dissérentiels des diverses urines dont il vient d'être question; mais j'ai dû me borner à indiquer ceux que le médecin a le plus intérêt à connaître.

Pronostic. Il résulte de ce que j'ai dit, à propos de la terminaison de la maladie, que la gravité du pronostic est bien dissérente suivant qu'il s'agit de la forme aiguë ou de la forme chronique.

Dans la forme aiguë, on a lieu d'espérer la guérison lorsqu'il n'y a pas de complication dangereuse. En général, suivant M. Rayer, la gravité de l'affection est en raison directe de l'abondance de l'albumine dans l'urine; mais cette règle soustre d'assez nombreuses exceptions, ainsi qu'il le reconnaît lui-même. Cet auteur a remarqué encore que l'affection a moins de gravité lorsqu'elle survient à la suite de la scarlatine ou dans les derniers mois de la grossesse que dans toute autre condition. Cependant on ne doit pas, même dans ces cas, la regarder comme de peu d'importance ; car, s'il est vrai de dire que la guérison est probable, on a vu des malades succomber, chez lesquels les progrès seuls de l'affection ont amené la mort.

Si, l'hydropisie disparaissant, on voit persister l'albumine dans les urines, le pronostic est en général fâcheux, car la maladie tend à passer à l'état chronique, ou bien on a à redouter une nouvelle attaque au bout d'un temps plus ou moins long. La disparition simultanée de l'hydropisie et de l'albumine dans l'urine annonce la guérison; mais les récidives sont à craindre, si le malade ne change pas son genre de vie, dans les cas où l'on peut attribuer l'affection à une cause antihygiénique. On a vu queiques sujets succomber, alors même que l'albumine disparaissait de l'urine et que l'hydropisie se dissipait, mais ces cas sont exceptionnels.

Nous avons vu qu'il est très rare d'obtenir la guérison de la forme chronique.

Lorsque surtout elle est arrivée à un certain degré, la mort est presque infaillible. On a néanmoins cité des cas de guérison, et d'autres où la position des malades a été améliorée, et où leurs jours ont été prolongés. Recherchons donc quelles sont les conditions favorables ou défavorables sur lesquelles doit se fonder le pronostic.

Suivant M. Rayer, le pronostic est généralement d'autant plus grave que l'albumine est plus abondante dans l'urine. Il y a sans doute des exceptions à cette règle, mais il n'est pas exact de dire avec M. Christison que les chances de mon ne sont nullement en rapport avec la quantité de l'albumine rendue par les urines.

La diminution très notable de la quantité et de la densité des urines est un signe fâcheux, tandis que le contraire est d'un bon augure.

Enfin il est presque inutile de dire que les complications si sunestes qu'on observe dans tant de cas ajoutent beaucoup à la gravité de la maladie, et rendent le plus souvent l'affection inévitablement mortelle.

§ VII. - Traitement.

Le traitement de la maladie de Bright est, sans contredit, la partie la moiss avancée de son histoire, ce qui tient en partie sans doute au peu de temps qui s'est écoulé depuis que l'on connaît bien cette affection, mais en partie aussi à la manière peu rigoureuse dont on a traité les questions thérapeutiques qui s'y rattachent. Tout ce que je peux faire, c'est de présenter aussi exactement que possible l'état de la science sur ce point.

1° Traitement de la forme aiguë. Émissions sanguines. Les émissions sanguines sont conseillées par les auteurs dans les cas où il y a un certain mouvement fébrile, c'est-à-dire dans la forme aiguë de la maladie. M. Christison recommande expressément de les employer, et M. Rayer dit que, « en général, dans cette période de la maladie, en pratiquant la saignée, il faut plutôt s'exposer à aller au delà que de rester en deçà des limites qu'il semble nécessaire d'atteindre. • C'est ordinairement à la saignée générale qu'on a principalement recours. La richesse du sang, l'épaisseur de la couenne, la fermeté du caillot sont les indices qui servent à déterminer l'opportunité d'insister sur les saignées, dont on doit être très sobre dans les conditions contraires. Des ventouses scarifiées, en plus ou moins grand nombre sur les lombes, ou des sangsues, peuvent être appliquées concurremment avec la saignée, ou bien exclusivement chez les sujets affaiblis et chez les jeunes enfants.

Après la saignée, on met en usage, dans cette sorme aiguë, des moyens sort simples. Ce sont d'abord des boissons adoucissantes, auxquelles on ajoute une certaine quantité de nitre pour les rendre diurétiques, la suivante, par exemple :

7 Infusion de mauve..... 1000 gram. | Nitrate de potasse..... 1,50 gram.

On ne doit pas empêcher les malades de boire, comme on l'a fait à une certaine époque, dans les hydropisies. Cette recommandation peut encore être utile, sinon pour les médecins, du moins pour les personnes qui entourent les malades, et qu'il ne saut pas manquer de prévenir.

Les diurétiques très actifs, et à haute dosc, n'ont pas été recommandés dans

cette forme aigue de la maladie, comme dans la forme chronique, à propos de laquelle nous aurons à en parler avec quelques détails.

Les purgatifs peu énergiques sont recommandés par tous les auteurs. On peut prescrire le suivant :

2 Esu de chicorée...... 100 gram. Sirop de nerprun...... 30 gram. Sulfate de magnésie..... 15 gram.

A prendre en deux fois.

L'huile de ricin, à la dose de 30 à 40 grammes, est également donnée en pareil cas.

Des purgatifs plus énergiques, dit M. Rayer, tels que la racine de jalap et la gomme-gutte, doivent être administrés de préférence dans les cas où l'hydropisie est très considérable, et lorsqu'elle n'a été que peu modifiée par la saignée. Ces purgatifs doivent même être administrés en même temps que les émissions sanguines, dans les cas où la maladie s'annonce avec beaucoup de gravité, et lorsqu'il y a imminence de symptômes cérébraux. Des médicaments peuvent être prescrits de la manière suivante:

Mèlez. A prendre en trois sois, à une demi-heure d'intervalle. S'arrêter, si les deux premières agissent sussissamment.

Pour les enfants, on donnera le jalap à la dose de 0,50 à 75 grammes dans 15 grammes de sirop de guimauve, et également en trois sois, en observant les mêmes précautions.

Pour la gomme-gutte, il suffit d'administrer les pilules de Bontius, dont j'ai donné la formule à propos de l'ascite (1), et qui contiennent cette substance.

Un bain simple, le soir, est également recommandé par la plupart des auteurs. M. Rayer insiste pour que le bain soit pris auprès du lit, afin que le malade ne soit pas exposé aux causes de refroidissement.

Les bains de vapeur ou bien les fumigations avec les baies de genièvre sont prescrits dans le but d'exciter la transpiration. Ces dernières peuvent être faites en introduisant une suffisante quantité de baies dans une bassinoire garnie de charbons ardents, et en bassinant le lit du malade. Ou mieux encore, en saisant vapotiser les baies dans un sourneau, et en dirigeant la vapeur dans le lit à l'aide d'un tuyan de ser-blanc.

Lorsque, dit M. Rayer, qui s'est occupé du traitement de la forme aiguë d'une manière plus précise que les autres auteurs, les symptômes gastriques ou intestimux, et en particulier les vomissements et la diarrhée, sont très notables, les bains tièdes, des sangsues à l'anus et de petites doses d'opium sont des remèdes salutaires. » Il n'est guère permis d'élever des doutes sur l'exactitude de cette assertion, mais on peut ne plus être de l'avis de cet auteur quand il ajoute : Lorsque les malades se plaignent de dyspnée ou d'oppression, après la saignée, les purgatifs sont préférables. » Pour démontrer la vérité de cette proposition, il est fallu chercher les preuves dans des observations bien concluantes, et c'est ce qui n'a pas été fait. Si je présente cette réflexion, c'est qu'on a peine à croire, quand

⁽¹⁾ Voy. p. 350.

on se rappelle l'effet des narcotiques sur les fonctions respiratoires, que les purgatifs aient plus d'efficacité que l'opium pour calmer la dyspnée. Cependant il faudrait se rendre à l'expérience, si l'expérience avait réellement prononcé.

La persuasion où l'on est que le froid, et surtout le froid humide, est une des causes les plus puissantes de la maladie dont il s'agit ici, a eu pour résultat naturel la recommandation, de la part de tous les auteurs, de soustraire avec le plus grand soin les malades à l'influence de ces agents. Aussi recommande-t-on de tenir l'appartement à une température assez éleyée, et en outre de couvrir le corps de flanelle.

Lorsque les signes de réaction sont marqués, il saut soumettre les malades à une diète assez sévère, mais on ne doit pas tarder à donner des aliments assez substantiels dès que le léger mouvement sébrile est tombé. M. Rayer a vu plusieurs malades se trouver bien de l'usage du lait pour toute nourriture pendant quelques jours.

Tel est le traitement bien simple de la forme aigué de la maladie de Bright. On peut voir, par l'exposition que je viens d'en donner, que les recherches sur ce point n'ont pas été faites d'une manière tout à fait satisfaisante. Mais comme, ainsi que j'ai eu occasion de le dire plusieurs fois, la maladie se termine ordinairement par la guérison, les médecins n'ont pas pensé qu'il fût nécessaire de connaître avec une plus grande précision l'action des médicaments qui composent ce traitement, et pourtant quelques études faites dans ce sens ne seraient certainement pas sans utilité.

2º Traitement de la forme chronique. Il résulte de ce que nous avons dit dans la description de cette forme chronique, que le médecin ne doit pas avoir grand espoir de guérir son malade, même en employant les moyens qui paraissent le mieux appropriés. Mais on a vu aussi que plusieurs faits ont démontré la possibilité d'un adoucissement considérable au mal et de la prolongation des jours du malade, alors même que la maladie avait fait, à n'en pas douter, d'assez grands progrès. C'est principalement pour atteindre ce but qu'on a institué le traitement de la maladie de Bright à forme chronique, et par conséquent ce traitement n'est guère que palliatif.

Émissions sanguines. Les émissions sanguines sont bien loin d'être recommandées, dans cette forme chronique, avec la même confiance que dans l'état aigu. Pour montrer toute l'incertitude dans laquelle on est sur l'opportunité de leur emploi, dans les cas même où elles semblent le mieux indiquées, il me suffira de citer le passage suivant de M. Rayer: « D'après les avantages qu'on retire, dit-îl (page 148), des émissions sanguines dans la forme aiguë et au début de la maldie, on devait naturellement être conduit à penser, et l'observation l'a confirmé, qu'elles pourraient être utiles au début de certaines néphrites albumineuses chroniques, ou contre les attaques inflammatoires, partielles et successives, auxquelles les reins, déjà profondément altérés en plusieurs points, sont exposés dans cette maladie. Mais si elles peuvent être employées contre l'hypérémie rénale, qui s'opère lentement ou par attaques successives, elles sont non seulement inutiles, mais encore nuisibles, dans une foule de cas où les reins sont décolorés, granulés ou indurés.

» Or, dans l'impossibilité où l'on est souvent de juger, pendant la vie, du degré

et de la sorme de l'altération rénale, il faut, toutes les sois qu'il y a un mouvement sébrile, recourir à l'application de ventouses scarissées aux lombes, et même à la suignée générale, si l'état des sorces du sujet le permet, qu'il existe ou non de la douleur aux régions rénales....

• Le traitement des paroxysmes de l'inflammation rénale est analogue à celui de la forme aiguë de la maladle; toutesois il doit être, en général, moins actif. La saignée ne doit pas d'ordinaire être portée au delà de huit à dix onces, et souvent il est présérable de recourir à l'application des ventouses sur les reins, à moins qu'il a'existe en même temps quelque inflammation des poumons, de la plèvre, etc. Ces émissions sanguines sont contre-indiquées par la coexistence de maladies anciennes et incurables, telles que la phthisie tuberculeuse, le cancer de l'estomac, les maladies du cœur, avec insuffisance des valvules. »

On peut considérer ce passage comme l'expression de l'état actuel de la science, car les autres auteurs ont avancé des propositions à peu près semblables. Or, je le demande, est-il rien qui puisse laisser le praticien dans une plus grande perplexité? Nous savons, en effet, que les signes qui s'offrent à nos yeux peuvent être ceux d'une congestion rénale, et, en pareil cas, la saignée sera utile; mais ils peuvent être trompeurs, et la saignée sera alors, non pas seulement inutile, mais nuisible. Faut-il conclure, avec M. Rayer, que, dans le doute, il faut agir? Je ne le pense pas, et je crois que, en pareil cas, la prudence veut d'autant plus qu'on s'abstienne, que le degré d'utilité de ce moyen, en supposant les circonstances les plus favorables, n'est nullement connu et pourrait bien être très faible. Des paroxysmes bien tranchés pourront senls engager à recourir aux émissions sanguines, mais encore devra-t-on être très réservé dans leur emploi.

Diurétiques. Il serait inutile de rechercher ici quelles sont les raisons qui ont porté les médecins à recourir aux diurétiques dans cette maladie, et d'exposer les objections théoriques qu'on a adressées à cette médication. Ce qu'il nous importe de savoir, c'est si l'administration de ces médicaments est ou n'est pas réellement utile.

M. Christison (1) préconise particulièrement les diurétiques déjà prescrits par M. Bright, et auxquels cet auteur a plus tard accordé beaucoup moins de confiance. Ceux que présère M. Christison sont la digitale et la crème de tartre.

La digitale est administrée par lui à la dose de 5 à 10 centigrammes en pilules, trois sois par jour ; ou bien de la manière suivante :

7 Eau distillée de cannelle ou de casse, Teinture de digitale. 10, 15 ou 20 goutles. une cuillerée à thé.

A prendre trois fois par jour.

La crème de tartre est prescrite ainsi qu'il suit :

7 Eau..... 400 gram. | Crème de tartre..... 6 ou 8 gram.

A prendre en une fois, trois fois par jour.

Si l'esset diurétique n'avait pas lieu dès les premiers jours, il ne saudrait pas en conclure que ces médicaments resteront sans action, car M. Christison a vu la

⁽¹⁾ Loc. cit., p. 148 et suiv.

diurèse s'établir après un certain temps, et il dit avoir savorisé cette apparition en administrant un vomitif composé de tartre stibié et d'ipécacuanha.

Les autres diurétiques mis en usage sont la scille, le nitrate, l'acétate de potasse, etc. Il serait inutile d'en faire ici une longue énumération; il suffit de renvoyer le lecteur à l'article Ascite, où ces médicaments ont été étudiés (1). Mais il est deux substances dont je dois dire quelques mots, parce qu'elles ont été recommandées par deux des auteurs qui ont étudié la maladie avec le plus de soin: MM. Bright et Rayer. Ce sont l'uva ursi et le raifort sauvage.

La busserole (raisin d'ours, uva ursi) a été donnée par M. Bright. On peut la prescrire de la manière suivante :

2 Busserole (uva ursi).... 2 à 4 gram. | Eau................. 500 gram. | Faites bouillir pendant vingt minutes. Édulcorez. A prendre par tasses dans la journée.

Ou bien:

2 Poudre de busserole (uva ursi)..... 1 à 2 gram.

Divisez en trois paquets. A prendre dans la journée, dans une cuillerée d'eau ou de tisane.

« J'ai vu, dit M. Rayer, l'hydropisie diminuer ou même quelquesois disparaître complétement par l'action diurétique de la tisane de raisort sauvage. Plusieurs malades ont resué de continuer cette boisson, parce qu'ils la trouvaient désagréable et qu'elle leur satiguait l'estomac. J'en ai vu d'autres qui, malgré la persévérance avec laquelle ils en ont sait usage, n'en ont retiré aucun soulagement. Cependant, de tous les diurétiques, c'est encore celui dont l'usage m'a paru offrir généralement le plus de chance de succès. »

Les diurétiques comptent, comme on le voit, un grand nombre de partisans; mais le docteur Osborne, que je vais avoir l'occasion de citer plus longuement à propos des diaphorétiques, ne croit pas que ces moyens aient un véritable avantage; il leur trouve même des inconvénients, en ce qu'ils augmentent la sécrétion de l'albumine par les reins, et tendent à aggraver les lésions de cet organe. Mais M. Christison a répondu en citant un petit nombre de faits dans lesquels les choses ne se sont pas passées de cette manière. Toutefois il n'y a, de part et d'autre, aucune démonstration, et nous attendons encore les recherches qui doivent nous fixer sur l'influence réelle des diurétiques.

Térébenthine; baumes de Tolu, de copalu; cantharides. Il faut rapprocher des diurétiques d'autres médicaments qui agissent d'une manière bien connue sur les voies urinaires; je veux parler de la térébenthine, des baumes de Tolu et de copalu, et surtout des cantharides.

Les auteurs s'accordent à dire que la térébenthine et les baumes que je viens d'indiquer n'ont pas d'effets avantageux. Quant aux cantharides, elles ont été d'abord administrées par le docteur Wells, et ensuite essayées par quelques auteurs. M. Wells les a données, sous forme de teinture, à une dose très considérable: 30, 50 et 60 gouttes dans les vingt-quatre heures. M. Rayer a administré ce médicament également sous forme de teinture, mais à une bien plus saible dose; il le prescrit, en esset, de la manière suivante:

^{.1)} Voy. Ascite, p. 347.

2 Émulsion commune ou lait d'emandes.... 4 à 12 gouttes. 30 gram.

Mélez. A prendre par cuillerées.

Ces deux auteurs ont vu, dans certains cas, l'albumine disparaître de l'urine, et l'hydropisie diminuer ou se dissiper sous l'influence de cette médication, que néanmoins M. Rayer regarde comme fort incertaine. D'un autre côté, M. Blackall a vu quelquesois le coagulum albumineux augmenter dans l'urine des sujets qui faisaient usage de cette substance; et comme tout le monde convient que c'est un remède dangereux, surtout aux doses prescrites par M. Wells, on hésitera sans doute à le mettre en usage, et si on le donne, ce ne sera qu'avec les plus grandes précautions.

Toniques. M. Nonat a obtenu six guérisons sur dix cas, à l'aide du traitement tonique. C'est là un des plus beaux résultats qui aient été signalés, et il doit engager le praticien à mettre en usage ce traitement. Je ne puis donc me dispenser d'en rapporter les détails, d'autant plus qu'il ne s'applique pas indifféremment à toutes les époques et à toutes les formes de la maladie, comme on va le voir dans le passage suivant que j'emprunte au compte rendu de la clinique de M. Nonat par M. Aran (1). « Sans doute, lorsque la néphrite est aiguë, lorsqu'on observe tous les caractères d'une congestion active, de la fièvre, de la douleur dans la région lombaire, de la chaleur et de la sécheresse à la peau, etc., il faut débuter par la saignée générale et locale. M. Nonat les pratique quelquesois le même jour; mais une sois cette indication remplie, il s'en abstient et n'y revient jamais. La maladie est-elle, au contraire, chronique dès le début, les sujets sont-ils trop assaignée nême locale, ne peut être que dangereuse.

- » Mais quand les symptômes réactionnels sont tombés, ou quand ils ne se sont jamais montrés, comme chez le malade qui fait le sujet de la dernière observation, si les organes digestifs sont en bon état, ne convient-il pas de soutenir les forces en administrant des aliments légers, des bouillons, de l'eau vineuse, même du vin de Bordeaux ou du vin de Bagnols?
- En même temps que l'indication de soutenir les forces, il s'en présente deux autres : l'une d'obtenir la disparition de la sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire ou épanchée dans les cavités séreuses; l'autre de réveiller les fonctions de la peau. Pour remplir la première, les purgatifs, les diurétiques, les ponctions et les mouchetures ont été beaucoup prônés; ils ont trouvé, en revanche, beaucoup de détracteurs. Des premiers on doit être sobre, car on peut éliminer par les voies digestives la sérosité du sang; d'un autre côté, on s'expose à produire la diarrhée, phénomène tonjours très difficile à arrêter, et qui a de plus l'inconvénient de s'opposer à l'alimentation. Parmi les diurétiques, ceux seulement qui ne sont pas àcres peuvent être prescrits avec quelque succès : ainsi, les boissons légèrement nitrées et le sirop des cinq racines. Les ponctions et les mouchetures sont sans doute des movens palliatifs; et si, dans quelques cas, on les a vues donner lieu à des inflammations des cavités séreuses, ou même à des gangrènes étendues de

⁽¹⁾ Compte rendu de la clin. de M. Nonat: De la néphrite albumineuse, etc. (Union médicale, septembre 1847, p. 487).

la peau, est-ce une raison pour renoncer à des moyens qui amènent constamment un soulagement immédiat et qui facilitent ainsi l'emploi d'un traitement ultérieur? M. Rayer repousse surtout les ponctions abdominales; mais M. Nonat a remarqué que depuis qu'il emploie la médication tonique les accidents qu'il observait autrefois ne sont pas aussi fréquents. Deux des malades qui ont guéri ont du certainement leur guérison à ce moyen. Un des malades, qui est couché maintenant à l'hôpital, a été ponctionné deux sois sans accident; c'est seulement dans un cas qu'il y a eu une péritonite mortelle.

- Le rétablissement de la perspiration cutanée a toujours d'autant plus occupé les pathologistes, que c'est le plus souvent au trouble de cette fonction qu'est dé le développement de la maladie. De tous les moyens qui ont été proposés, le seul dont M. Nonat ait retiré avantage, ce sont les bains de vopeurs. Encore a-t-il remarqué que c'est une médication très variable dans ses effets, et qui ne doit jamais être mise en usage dans la première période, c'est-à-dire pendant qu'il y a de l'orgasme inflammatoire.
- La médication tonique forme donc la base du traitement que nous avons fan connaître. Mais ce traitement réclame d'assez nombreuses précautions. Il est contre-indiqué par la réaction du système circulatoire et doit être suspendu toutes les fois que cette réaction apparaît. Les aliments doivent être choisis parmi ceux de facile digestion. Puis on passe aux aliments plus nourrissants, à la viande rôtie, par exemple. Enfin, on y ajoute des stimulants du système nerveux, des alcooliques, de l'eau vineuse, du vin de Bordeaux ou du vin de Bagnols, à la dose de 30 à 125 grammes. Constamment dans ce traitement il faut suivre l'état du pouls ou l'état des urines. Comme l'accélération du pouls, l'augmentation de l'albumine et la présence du sang doivent faire renoncer aux toniques. Si, au contraire, la quantité d'albumine diminue, c'est une indication précise de continuer la médication tonique et d'en augmenter la dose.

Diaphorétiques. On a dù nécessairement avoir recours aux diaphorétiques dans une maladie dont l'hydropisie est un des principaux caractères. Le docteur Osborne (1) a surtout insisté sur l'utilité de ces médications, qu'il place bien au-desus des diurétiques.

On peut mettre en usage, comme dans la forme aigué, les bains de vapeurs ou de fumigations, en même temps qu'on donne à l'intérieur des tisanes chaudes et excitantes, comme l'infusion de bourrache et de sureau, etc. Souvent on se contente de prescrire une simple infusion de thé, à laquelle on ajoute quelques gouttes d'acétate d'ammoniaque; mais il serait inutile d'insister longuement sur une nédication qu'il est si facile de diriger. Disons seulement que, parmi les diaphorétiques cités par les auteurs anglais, il en est deux auxquels ils accordent une assez grande confiance: c'est la poudre de Dower et la poudre de James.

Purgatifs. On emploie plus souvent, dans la forme chronique que dans la forme aiguë, les purgatifs énergiques; mais nous avons vu que, dans certains cas, et surtout dans ceux où la maladie est compliquée de tubercules pulmonaires, on peut déterminer par cette médication un dévoiement qu'il est ensuite difficile d'arrêter. On doit donc n'y avoir recours qu'avec prudence, et s'arrêter dès que l'on voit les selles devenir trop fréquentes.

(1) On dropsis connect. with sup. persp. and coag. urine; London, 1836.

M. Martin-Solon a vu l'hydropisie disparaître complétement dans un cas où il a prescrit les pilules suivantes :

F. s. a. des pilules semblables, dont on donne 2 ou 3 par jour.

Les auteurs anglais conseillent généralement l'usage du calomel à la dose de 30, 40 et 50 centigrammes par jour; mais, dans cette administration, on doit sur-veiller attentivement l'état de la bouche.

M. Martin-Solon a encore employé d'autres purgatifs, parmi lesquels il faut d'abord citer l'huile d'épurge (1). Ce médicament, qu'il a administré depuis la dose de 1 gramme 35 centigrammes jusqu'à celle de 4 et 6 grammes, a eu de très bons effets dans plusieurs cas rapportés par cet observateur; mais, dans d'autres aussi, en continuant trop longtemps son administration, on a produit une irritation assez vive de la muqueuse intestinale, qui a paru hâter la mort. On voit par là avec quelle prodence ces remèdes deivent être maniés.

On a eu encore recours aux eaux de Sedlitz, de Pullna, à la racine de sureau, et à un bon nombre de purgatifs qui n'ont rien de particulier, et qu'il est par conséquent inutile d'indiquer ici, parce qu'il sera toujours facile d'en trouver qui répondent à l'action que l'on veut produire. En général, et c'est ce qu'il est le plus important de constater, les auteurs s'accordent à dire que, lorsque la maladie est arrivée à un degré avancé, ces purgatifs n'ont pas d'avantages réels, et peuvent avoir de graves inconvénients.

Les vomitifs ont été bien plus rarement administrés. Quelquesois, et M. Martin-Solon en a cité deux exemples, on a eu recours aux éméto-cathartiques, mais sans en avoir retiré d'avantages évidents.

Cependant M: le docteur Garcia y Alvarez (2) a vu un cas de maladie de Bright, thez un homme de quarante-huit ans, guérir sous l'influence du tartre stibié pris à la dose de 0,05 centigrammes, tous les jours pendant huit jours. La guérison aura-t-elle été définitive ?

Acide nitrique. M. le docteur Haussen (3) rapporte que sur dix-huit cas d'albuminurie, il n'a perdu que deux malades en employant le moyen suivant :

2 Potion gommeuse.... 4 à 250 gram. | Acide nitrique..... 4 à 15 gram. |
A prendre dans les vingt-quatre heures.

Il serait important de savoir si, dans tous ces cas où les urines étaient albumineuses, il y avait une maladie de Bright.

M. Forget (4) a traité deux sujets de la même manière; l'un d'eux a guéri, l'autre a succombé.

On se demande encore si les guérisons ont été définitives. On sait, en effet, que, quelque traitement que l'on emploie, les symptômes de la maladie de Bright peuvent disparaître pour se reproduire ensuite.

M. le docteur Labus (5) a cité un cas de guérison d'une albuminurie par l'usage

⁽¹⁾ Bulletin thérapeutique, t. VIII.

⁽²⁾ El lelegrapho medico, 1847.

⁽³⁾ Gas. des hop., février 1846.

⁽e) Bull. gen. de ther., janvier 1847, t. XXXII, p. 5 et suiv.

⁽⁵⁾ Gazetta med. di Milano, 1846.

de l'acide nitrique à la dose de 4 grammes dans 750 grammes d'eau, avec sirop de gomme et mucilage, Il y avait chez le malade des vomissements opiniatres et un dépérissement marqué. L'usage de l'acide nitrique fut continué pendant plus d'un mois. Y avait-il réellement une maladie de Bright?

Moyens divers. Viennent ensuite un certain nombre d'autres moyens plus on moins préconisés; ce sont les mercuriaux, mis en usage principalement en Angleterre; les ferrugineux, dont il est si facile de diriger l'administration, et qui conviennent dans presque tous les cas où la maladie dure depuis un certain temps; les frictions excitantes sur la peau, les cautères, les sétons, les moxas appliqués à la région des lombes; en un mot, les divers moyens capables de faire cesser la faiblesse considérable des malades, de combattre l'état séreux du sang, d'exciter la peau, en même temps que, par les médicaments donnés à l'intérieur, on cherche à déterminer une transpiration abondante, ou bien qu'on ouvre des fonticules qui déterminent une révulsion puissante et continue.

Malheureusement la maladie se montre presque toujours rebelle, et, d'un autre côté, nous n'avons pas de relevé exact d'un nombre suffisant d'observations pour nous prononcer sur la valeur de ces médicaments. Cependant le docteur Osborne a cité vingt-sept guérisons sur trente-six cas obtenus par une médication composée qui consiste dans l'emploi simultané ou successif des saignées, des ventouses, des purgatifs, des sudorifiques, des vésicatoires, et de quelques autres moyens par lesquels il cherche à déterminer la diaphorèse. Ce résultat serait on ne peut plus satisfaisant si, comme le fait remarquer M. Rayer, on ne trouvait, dans les faits cités par M. Osborne, un nombre considérable de cas appartenant à la forme aigué, dans laquelle on obtient presque toujours la guérison.

Régime; soins hygiéniques. Le régime ne doit pas être sévère comme dans la forme aiguë; le plus souvent, au contraire, le médecin doit prescrire une nourriture assez solide et assez abondante: car, ainsi que nous l'avons vu à l'article des causes, bien des sujets ont contracté la maladie dans des conditions extrêmement défavorables sous ce rapport. Ainsi, on n'hésitera pas, chez des individus qui, pendant longtemps, ont eu une nourriture malsaine et insuffisante, à conseiller deviandes rôties, un peu de vin pur, eu un mot, un régime analeptique qui viendra en aide aux médicaments toniques prescrits en pareil cas. Toutefois, lorsqu'il survient des exacerbations, on doit, comme dans la forme aigué, persister pendant quelque temps dans une diète assez sévère.

Le malade doit avoir une chambre sèche et maintenue à une température un peu élevée; il doit se couvrir le corps de flanelle, se faire pratiquer des frictions sèches, en un mot, éviter, par tous les moyens possibles, le froid humide, qui devient d'autant plus nuisible pour lui, que la maladie a fait de plus grands progrès.

Résumé; ordonnances. Nous venons de voir que les documents sur lesquels nous avons dû établir le traitement de la maladie de Bright manquent, en général, de la précision et de l'exactitude désirables. Les moyens qui, d'après les données que nous possédons, paraissent avoir la plus grande valeur, sont, dans la forme aigué, les diaphorétiques et les purgatifs, et dans la forme chronique, les diuréuques, les diaphorétiques, les toniques, le régime et les soins hygiéniques.

⁽¹⁾ Lond. m-d. Gaz., février 1847.

Ir Ordonamec.

DANS UN CAS DE MALADIE DE BRIGHT A FORME ÁIGUE, CHEZ UN ADULTE ASSEZ VIGOUREUX.

- 1º Pour tisane, infusion de bourrache ou de sureau.
- 2 Une saignée de deux ou trois cents grammes, répétée si le cas l'exige, mais avec prudence; ventouses scarissées ou sangsues sur la région lombaire.
- 3° l'ne demi-bouteille d'eau de Sedlitz, ou seulement un verre tous les matins. Dans le cas où ce purgatif ne suffirait pas, prescrire l'huile de ricin, d'épurge, ou bien le jalap, la gomme-gutte (voy. p. 447).
- 4° Un bain simple tous les soirs; dans la journée une fumigation de baies de genièvre (voy. p. 441).
- 5° Si la transpiration ne se rétablit pas, un bain de vapeur tous les deux jours, ou même tous les jours si les forces le permettent.
- 6° Se couvrir le corps de sanelle; diète sévère tant que dure l'état sébrile; donner ensuite promptement au malade des aliments substantiels.

H. Ordennance.

DARS UN CAS DE MALADIE DE BRIGHT A PORME CHRONIQUE SANS COMPLICATION.

- 1º Pour tisane, infusion d'uva ursi (voy. p. 444).
- 2" Quelques sangsues aux lombes ou à l'anus, dans les paroxysmes. (Ce moyen ne doit être employé qu'avec beaucoup de prudence.)
 - 3- Diurétiques : oxymel scillitique, digitale, etc., etc.
- 4º Diaphorétiques: poudre de Dower, de James, etc.; sumigations, bains de vapeur, etc.
 - 5° Toniques; ferrugineux.
- 6° Régime analeptique, sauf dans les cas de complication et dans les moments de paroxysme; se couvrir la peau de flanelle, etc.

Plusieurs auteurs ont exposé longuement le traitement des diverses complications que l'on observe si fréquemment dans la maladie de Bright. Il me serait par conséquent très facile d'indiquer ici tout ce qui concerne ces diverses complications; mais il est aisé de voir qu'il n'y aurait pas une grande utilité. La maladie se complique, en effet, de diverses phlegmasics des organes thoraciques ou intestinaux, ou bien de maladies chroniques, comme les tubercules, les affections du cœur et du foie; mais rien ne neus a appris qu'il y ait des médicaments spéciaux applicables aux cas particuliers dont il s'agit ici : il sussit de diriger contre ces affections le traitement ordinaire, en ayant soin seulement de le modèrer suivant l'état des sorces du malade.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

- 1° Forme aigue. Émissions sanguines; diurétiques; purgatifs; diaphorétiques; bains; régime; soins hygiéniques.
- 2º Forme chronique. Émissions sanguines, diurétiques; térébenthine; baumes de Tolu, de copahu, etc.; cantharides; diaphorétiques; purgatifs; vomitifs; mercuriaux; acide nitrique; toniques; ferrugineux; révulsifs; exutoires; régime; soins hygiéniques.

ARTICLE VII.

HYPERTROPHIE, ATROPHIE DES REINS.

Je ne cite ici ces deux lésions des reins que pour mémoire, car, quelques efforts que l'on ait faits pour reconnaître quels sont les symptômes qui leur appartiennent, on n'est arrivé à aucun résultat positif. Je dirai seulement que l'atrophie et l'bypertrophie des reins sont quelquesois congénitales, mais bien plus souvent accidentelles, c'est-à-dire déterminées par des affections particulières. M. Rayer se contente de dire que l'exagération de la sécrétion de l'urine paraît être l'effet de l'hypertrophie des reins. Quant à l'atrophie, comme elle ne porte ordinairement que sur un seul de ces organes, et que l'autre acquiert un développement proportionnel, il en résulte que l'on ne peut avoir aucune idée de cet état des reins chez l'homme vivant.

ARTICLE VIII.

CANCER, TUBERCULES DES REINS.

Les reins ne peuvent pas être rangés parmi les organes le plus fréquemment affectés de cancer et même de tubercules. Il est fort rare que leur substance devienne cancérense autrement que par l'extension d'un cancer développé primitivement dans les parties voisines; et quant aux tubercules, on peut dire qu'il n'est pas un seul exemple authentique de cette production morbide occupant exclusivement le rein. Lorsqu'on en trouve dans cet organe, c'est qu'il y en a ordinairement une grande quantité dans presque toutes les autres parties du corps. Les deux affections dont l s'agit ici sont au-dessus des ressources de l'art; elles se montrent rarement; il suffira donc de les décrire en très peu de mots.

1° Cancer. — Causes. « Le cancer des reins, dit M. Rayer, attaque de préférence le sexe masculin, l'âge mûr et la vieillesse. » On l'a observé quelquesois néanmoins chez des individus jeunes, et même chez les enfants. M. le docteur Obre (1) a observé un cas de cancer des deux reins chez un enfant de treize mois. Les tumeurs énormes et remplissant l'abdomen étaient de nature encéphaloïde. Dans ce cas, il n'y eut pas d'hématurie. On a trouvé ce cancer plus fréquemment à droite qu'à gauche.

Symptômes. En général, l'affection n'est pas douloureuse, surtout dans les premiers temps de la maladie. Cependant on a noté quelquesois les douleurs lancinantes du cancer. Au bout d'un temps plus ou moins long, il survient, dans quelques cas, une tumeur ordinairement bosselée et dure entre la dernière côte et l'os coxal: cette tumeur est quelquesois douloureuse à sa pression.

L'hématurie est un des principaux symptômes du cancer. Elle est souvent assez considérable pour produire des caillots volumineux, surtout dans les premiers temps. Plus tard on n'observe que des urines sanguinolentes, ou semblables à de la lavure de chair. Le sang peut se coaguler dans la vessie ou dans l'urêtre; de la l'excrétion de caillots vermiculaires ou de dépôts de sang corrompu et fétide dans l'urine.

Si l'on joint à ces symptômes l'amaigrissement, la conleur janne-paille, l'affai-

(1) London med. Gaz., sévrier 1847.

blissement, les dérangements gastro-intestinaux, en un mot les symptômes qui appartiennent à tous les cancers, et ceux des autres affections cancéreuses qui existent presque constamment chez le même sujet, on aura tout ce qu'il importe de savoir sur la symptomatologie du cancer rénal.

Le diagnostic peut être très difficile, attendu qu'assez souvent l'affection ne s'annonce par aucun symptôme bien tranché, qu'il n'y a pas même de la douleur, et que, dans les cas où la douleur existe, on peut la rapporter à d'autres affections, et principalement au lumbago.

Le signe le plus important est sans contredit l'hématurie, non qu'il ne soit commun à plusieurs autres affections, mais parce qu'il présente quelques caractères particuliers. Lorsque l'hématurie est due au cancer, elle survient soit dans un état de santé satisfaisant et sans qu'aucune altération des voies urinaires soit venue faire connaître l'imminence de l'hémorrhagie, soit après un temps plus ou moins long pendant lequel le malade a éprouvé des douleurs rénales; ces deux circonstances doivent être soigneusement notées, car, dans le premier cas, on doit soupçonner que les choses se passent comme dans les cas de cancer de l'utérus, que nous verrons débuter fréquemment par une métrorrhagie, et dans le second, on devra croire à l'existence du cancer, si les douleurs rénales n'ont pas été accompagnées de l'expulsion de quelques graviers ou des signes de la néphrite aigué ou chronique. Si l'on voyait survenir une tumeur d'un des reins, on ne pourrait plus guère conserver de doutes, et le diagnostic serait plus positif encore s'il y avait un cancer dans un autre organe.

N'oublions pas toutesois que, dans certains cas, l'hématurie peut avoir lieu sans lésions appréciables, comme nous le verrons plus loin, et reconnaissons que dans ces cas le diagnostic est bien dissicile. Les complications si sréquentes qu'on observe dans cette affection le rendent même assez souvent impossible.

Les lésions anatomiques du cancer des reins ont été étudiées avec le plus grand soin; mais pour nous il suffit de les indiquer très rapidement. C'est la forme encéphaloide qu'on observe ordinairement; on trouve aussi dans les reins le fongus hématode, et parfois le véritable squirrhe. Le siège de l'affection est ordinairement la substance corticale; rarement le bassinet se trouve atteint. Du reste, l'étendue de la lésion est très variable suivant les cas. La production morbide peut en effet n'avoir que le volume d'une noisette et occuper un ou plusieurs points de la substance rénale, et, dans certains cas, on l'a vue envahir toute cette substance, de telle sorte que le rein est transformé en une tumeur bosselée souvent très cousidérable et occupant une grande étendue de l'abdomen. On a vu aussi cet organe converti en une sorte de détritus dans plusieurs points. Les organes voisins sont alors soit primitivement, soit consécutivement altérés; et enfin on trouve les lésions propres aux complications signalées plus haut.

La maladie se termine toujours par la mort. Le traitement ne peut, par conséquent, être que palliatif et dirigé contre les principaux symptômes. Ainsi on combattra l'hématurie par les astringents et les réfrigérants, si la perte de sang est très abondante; on dirigera contre la suiblesse et l'anémie les toniques, une nourriture succulente et les ferrugineux; on calmera les douleurs par les narcotiques et principalement par l'opium, qu'il ne faudra pas craindre de porter à des doses assez élevées. Quant aux autres moyens, tels que les exutoires sur la région des sombes,

la ciguë, etc., il n'est nullement prouvé, ainsi que le fait remarquer M. Rayer, qu'ils aient des avantages réels.

2" Tubercules. J'ai dit plus haut qu'il n'existe pas un seul fait authentique qui prouve que des tubercules puissent se développer dans les reins sans qu'il en existe dans les poumons. C'est un fait qu'on peut facilement vérifier en ayant recours, non aux assertions des auteurs, mais aux observations. Il en résulte que cette lésion des reins doit être rangée parmi les lésions secondaires, et n'a qu'un intérêt médiocre pour la pratique.

Contentons-nous donc de dire que les tubercules des reins échappent presque toujours à l'observation pendant la vie; que néaumoins, dans quelques cas, on a trouvé dans les urines des grumeaux de matière tuberculeuse, ce qui annonce que le bassinet est envahi par la production morbide; que ce symptôme est le seul qui puisse faire soupçonner la dégénération tuberculeuse des reins, mais qu'avant de se prononcer il faut examiner avec beaucoup de soin les autres organes urinaires (la vessie, la prostate), qui pourraient bien être la source de la matière tuberculeuse trouvée dans les urines.

M. Rayer a vu des reins presque entièrement convertis en matière tuberculeuse; ces cas sont très rares. Ordinairement on trouve des tubercules disséminés ou infiltrés dans la surface rénale. M. Louis a vu, dans un cas, une infiltration de matière grise demi-transparente, mais jamais de granulations de la même matière.

Tout traitement est évidemment impuissant contre cette lésion.

On trouve aussi dans les reins de la matière mélanique sous dissérentes sormes; mais comme cette production morbide n'est connue que sous le point de vue de l'anatomie pathologique, il est inutile d'en parler ici.

ARTICLE 1X.

KYSTES SIMPLES DES RRINS.

Il ne faut pas confondre, comme on l'a fait souvent, les kystes simples des reins avec les hydatides ou acéphalocystes. Les premiers ne présentent, en effet, que de simples poches remplies d'un liquide, tandis que les autres ont les caractères des vers vésiculaires que nous avons décrits déjà dans plusieurs organes, et notamment dans le foie.

Il n'est pas très rare de trouver des kystes simples dans les reins. Nous ne savous rien sur les causes qui les produisent.

Symptômes. Quant aux symptômes, voici ce qui résulte de l'examen des observations citées par M. Rayer. Tant que la maladie n'a pas acquis un très grand développement, rien ne peut faire soupçonner l'existence des kystes simples des reins. Dans le cas contraire, la maladie peut non seulement faire éprouver de la géne dans la région lombaire par suite du grand accroissement de l'organe, mais encore une véritable douleur, du moins si l'on s'en rapporte à un des faits publiés (1). Le sujet de l'observation eut en effet plusieurs attaques de douleurs rénales vives, à des intervalles variables, et l'on ne trouva ni dans l'excrétion de l'urine, ni dans les lésions de l'organe, après la mort, aucune cause de colique néphrétique autre que le développement des kystes.

(1) Journal de médecine, par Corvisart, Leroux et Boyer, an XI.

L'accroissement de volume des reins peut donner lieu à une tumeur appréciable par la palpation; mais ce n'est pas là le cas le plus fréquent. Cependant on voit, dans un cas emprunté par M. Rayer à un journal allemand (1), que la tuméfaction était assez considérable pour saire soupçonner une grossesse.

Les caractères de l'urine n'ont pas été suffisamment étudiés. Chez un des sujets précédemment cités, l'urine était copieuse et aqueuse. Il arrive quelquesois qu'elle est purulente; c'est qu'alors un ou plusieurs kystes se sont enslammés, ont suppuré et se sont vidés dans le bassinet.

Des troubles des voies digestives peuvent survenir. Ceux qui ont été bien observés étaient dus principalement à la compression exercée par le rein tuméfié sur l'estomac, et surtout sur sa portion pylorique : ce sont des difficultés de la digestion, de la gêne épigastrique, des vomissements.

Il est encore des symptômes très importants à noter : ce sont ceux qui se manifestent du côté du cerveou. Dans les divers cas cités et qui se sont terminés par la mort, on a vu survenir pendant un temps variable, mais ordinairement court, avant le terme fatal, la somnolence, le coma, la perte de l'intelligence et même le délire. Dans quelques cas, il est vrai, on pourrait croire que ces symptômes appartiement à d'autres maladics gravés qui existaient concurremment avec la lésion rénale; mais il en est plusieurs où celle-ci se montrait seule. Je citerai particulièrement celui qui a été communiqué à M. Rayer par M. Béhier (2).

Terminaison. On voit par là que les kystes des reins peuvent par eux-mêmes causer la mort. En pareil cas, la dégénérescence est complète. Dans les cas les plus ordinaires, les malades sont enlevés par une autre maladie, et la lésion des reins n'a aucune importance, si ce n'est sous le rapport de l'anatomie pathologique.

Lésions anatomiques. Les kystes occupent de présérence la substance corticale des reins; on en a trouvé dans le tissu cellulaire des vaisseaux rénaux et dans la substance tubuleuse. Ils sont arrondis, à moins d'être comprimés; ils ont des parois minces, lisses à l'intérieur, et contiennent soit de la sérosité transparente, ce qui est le cas le plus ordinaire, soit une matière gélatinisorme ou d'apparence muqueuse. M. Rayer a cité des cas où la matière contenue dans les kystes ressemblait au cristallin, ou bien n'était autre chose que de la cholestérine, comme l'a démontré l'analyse. Ensin, lorsque l'instammation s'est emparée d'un ou de plusieurs kystes, on les trouve remplis de sanie purisorme ou de véritable pus (3).

Pronostic. Si l'on parvenait à diagnostiquer les kystes simples dans les reins, on ne devrait pas hésiter à porter un pronostic fâcheux, puisque, comme nous l'avons vu plus haut, le diagnostic ne peut être établi que lorsque la maladie est parvenue presque à son dernier terme.

Traitement. « Les préparations iodées, dit M. Rayer, ont été plusieurs fois employées avec succès contre la dégénérescence enkystée des ovaires; mais la dégénérescence enkystée des ovaires; mais la dégénérescence enkystée des reins est un mal sans remède, lorsqu'elle est arrivée au point où elle peut être reconnue ou soupçonnée pendant la vie. » Il suit de là que les préparations iodées peuvent être mises en usage comme traitement, mais qu'on ne doit guère compter sur leurs bons effets.

⁽¹⁾ Millh. aus dem Gebiele der gesamm. Heilk.

⁽²⁾ Voy. Traité des maladies des reins, t. 111, p. 519.

¹⁾ Voy., pour plus de détails, RAYER, vol. 111, p. 507 et suiv.

ARTICLE X.

MYDATIDES DES REINS, OU KYSTES ACÉPHALOCYSTIQUES.

§ I. — Définition; fréquence.

Voici la définition des kystes acéphalocystiques des reins, telle que l'a donnée M. Rayer: « Les kystes acéphalocystiques des reins sont des poches développées dans l'épaisseur de ces organes, ordinairement tapissées intérieurement par une matière jaunâtre, et qui contiennent une on plusieurs vessies, libres, non adhérentes, à parois blanches, semi-transparentes, élastiques, tremblantes sous le doigt, et remplies d'un liquide clair et ténu. » Il faut ajouter, d'après les recherches de M. Livois, que ces vessies renferment des échinocoques.

Les acéphalocystes sont très rares chez l'homme, et si l'on en trouve dans les auteurs un assez grand nombre d'exemples, c'est que les cas qui se sont présentés à l'observation ont en général été publiés avec empressement.

§ II. - Causes.

Les causes des kystes acéphalocystiques des reins sont très peu connues. • Plusieurs fois, dit M. Rayer, ils ont paru se développer à la suite de chutes ou de contusions sur les lombes. • Ce n'est que par analogie, et en appliquant à l'homme ce que l'on a observé chez le mouton, qu'on peut penser qu'une mauraise nourriture, le froid et l'humidité, favorisent le développement de cette maladie.

§ III. — Symptômes,

Il faut que les acéphalocystes aient un certain développement pour déterminer des phénomènes appréciables. C'est donc là une de ces maladies dont le début est latent, et qui restent à cet état pendant un temps plus ou moins long.

Lorsque les kystes acéphalocystiques ont acquis un développement considérable ou sont très nombreux, les accidents qu'ils occasionnent sont très différents, ainsi que M. Rayer le fait remarquer avec juste raison, suivant que ces productions morbides sont intactes au milieu de la substance rénale, ou qu'elles se sont fravé un passage dans les conduits urinaires.

Quand les kystes sont intacts, ils ne donnent lieu qu'à des symptômes peu intenses et peu remarquables. Ce n'est pas une véritable douleur, mais la simple géne qui suit la distension des organes, qu'on observe dans la région lombaire. Cependant il peut arriver, comme dans les acéphalocystes du foie, que les kystes s'enflamment et occasionnent de cette manière une véritable douleur, sans que pour cela ils se soient ouverts dans les conduits urinaires. Nous verrons plus loin quels sont les accidents qui sont ordinairement la suite de cette inflammation.

Par suite du grand nombre ou du grand développement des acéphalocystes, il peut survenir une tumeur appréciable par la palpation et ordinairement doulou-reuse; mais il est rare qu'en pareille circonstance il n'y ait pas une inflammation de la substance rénale et un abcès consécutif; nous y reviendrons.

On n'a rien remarqué du côté de la sécrétion urinaire; ce qui tient sans doute a ce que presque jamais les acéphalocystes ne se montrent dans les deux reins, et que le rein sain, redoublant d'activité, suffit à maintenir cette sécrétion à l'état normal. Toutefois il faut reconnaître que la maladie n'a pas été étudiée suff-samment sous ce rapport.

Quand les kystes se rompent dans les conduits urinaires, on observe des symptômes remarquables. Cette rupture est précédée d'une douleur rénale plus ou moins vive et de plus ou moins longue durée, qui résulte du travail incessant que détermine vers le bassinet le développement du kyste. Alors aussi l'organe est souvent gonfié de manière à être facilement reconnu par la palpation convenablement pratiquée. La pression augmente la douleur d'une manière très notable; c'est du moins ce qui avait lieu dans plusieurs des cas cités par les auteurs.

On a dit que la percussion pouvait être très utile, en déterminant dans la tumeur le bruit hydatique (1), caractéristique de la lésion qui nous occupe; mais on a raisonné par analogie, car je n'ai pas vu d'exemple de l'application de ce procédé d'exploration aux tumeurs hydatiques des reins. La percussion doit assurément être pratiquée, car la production de ce bruit serait utile au diagnostic; mais il ne faudrait pas s'attendre à le produire infailliblement, puisque, dans des cas de tumeurs hydatiques développées dans d'autres organes, nous avons vu que la percussion était souvent impuissante.

Les phénomènes survenus dans l'excrétion de l'urine sont, sans contredit, les plus importants. Après une durée plus ou moins longue des symptômes précédents, on observe l'expulsion des acéphalocystes qu'on retrouve dans l'urine. Cette expulsion se sait de deux manières très dissérentes: quelquesois elle a lieu sans douleur, ce qui est fort rare, surtout à la première attaque, dans laquelle se produisent la perforation des parois du bassinet et l'irruption des hydatides dans le conduit urinaire, ce qui occasionne ordinairement les accidents de la colique néphrétique. Lorsqu'au contraire il y a déjà communication du foyer acéphalocystique avec la cavité du bassinet, on conçoit très bien que les hydatides peuvent entrer sacilément dans cette cavité, et de là s'échapper, sans accident, au dehors, si elles ne sont pas trop grosses et si les conduits sont suffisamment larges. Cette émission d'hydatides sans douleur réelle a été observée presque uniquement chez les semmes. J'ai montré, il y a quelques années, à la Société anatomique (2) un grand nombre d'hydatides rendues par une femme de trente-cinq à trente-six ans qui n'éprouvait aucune douleur en urinant, quoiqu'à chaque émission on trouvat dans l'urine, pendant les attaques, jusqu'à douze et treize hydatides de la grosseur d'une noisette à une petite noix.

D'autres causes peuvent encore donner lieu à la colique néphrétique dans les cas d'hydatides expulsées par les urines. Ces corps trop volumineux peuvent être arrêtés dans l'uretère qu'ils traversent péniblement et lentement, ou bien dans le canal de l'urêtre, surtout s'il existe un rétrécissement. Ce sont alors des douleurs vives dans le trajet des conduits, l'ischurie, la rétraction des testicules, l'engour-dissement de la cuisse, les hoquets, les nausées, les vomissements, en un mot, je le répète, les symptômes de la colique néphrétique que je décrirai longuement dans un des articles suivants, et qu'il serait par conséquent inutile d'indiquer ici avec de plus grands détails.

Les acéphalocystes contenus dans l'urine sont souvent très nombreux. J'en ai cité plus haut un exemple, et l'on en trouve de semblables dans les auteurs. Un

⁽I) Voy. Hydatides du foic.

^{2.} Bulletin de la Société analomique.

des plus remarquables est celui qui a été rapporté par M. Weitenkapf (1); le sujet rendait en esset chaque sois jusqu'à cinquante ou soixante hydatides. Quelquesois il n'y en a qu'une seule à chaque émission.

Leur volume varie entre celui d'un pois et celui d'une noix, du moins on n'a pas cité d'exemple d'hydatide plus volumineuse rendue par les urines. Les plus grosses sont ordinairement vides et opaques. C'est un indice qu'elles étaient déjà malades ou qu'elles ont été crevées, depuis un temps assez long, dans leur passage à travers les conduits urinaires. Il n'est pourtant pas sans exemple que des acéphalocystes de la grosseur d'une noix aient été rendus vivants, et par conséquent pleins. C'est ce qu'on observait dans le cas cité par M. Weitenkapf, et que je viens de mentionner. On a peine à comprendre au premier abord, sans doute, comment des corps aussi volumineux peuvent franchir l'uretère et l'urètre; mais il faut se rappeler que ces vers sont élastiques, qu'ils s'allongent facilement, qu'ils peuvent par là perdre une très grande partie de leur diamètre, et l'on conçoit que, la dilatation des conduits aidant, leur expulsion ait lieu sans trop de difficulté. N'oublions pas d'ailleurs les accidents de colique néphrétique qui accompagnent si fréquemment cette expulsion. Les petites hydatides sont rendues entières, à moins que l'inflammation ne les ait détruites dans le kyste. On les voit dans l'urine, arrondies, blanches, demi-transparentes, élastiques, et si on les examine au microscope, on leur trouve les caractères signalés par M. Livois (2).

L'urine contient en outre des matières qui décèlent l'inflammation préalable à la perforation des conduits urinaires. On y a trouvé du sang après les douleurs violentes, une sanie putride et enfin du pus. Il en résulte des dépôts plus ou moins abondants, facilement reconnaissables à leur aspect, et qu'on distingue bien mieux encore à l'aide du microscope qui fait voir les globules sanguins et purulents.

Les phénomènes qui viennent d'être décrits ne se produisent pas d'une manière continue. Ordinairement après un, deux ou trois jours, les urines cessent de contenir des acéphalocystes, et les symptômes que nous avons dit appartenir aux hydatides restées intactes dans la substance rénale persistent seuls. Ce sont la gène dans la région lombaire, un malaise général, une tristesse plus ou moiss grande et un dépérissement lent. Il faut y joindre, dans un assez bon nombre de cas, la présence d'une matière sanieuse et purulente dans l'urine, parce que si le foyer cesse de verser des acéphalocystes, il rejette néanmoins le produit purulent de la sécrétion de ses parois. Quelquefois cependant tous les symptômes disparaissent et le malade semble revenir à la santé, lorsqu'au bont d'un temps variable, et qui peut n'être pas plus long que quinze jours eu un mois, les accidents reparaissent et des acéphalocystes sont de nouveau rejetés par les urines.

Kystes hydatiques s'ouvrant à l'extérieur. Dans quelques cas, les choses se passent disséremment, et l'on observe des phénomènes semblables à ceux que nous avons décrits à propos des hydatides du soie, lorsque le soyer hydatique s'ouvre au deliors. Le travail de persoration que nous avons vu se faire vers le bassinet, se sait vers la surface du rein. En pareil cas, l'inslammation est ordinairement considérable; elle gagne bientôt les membranes rénales et le tissu cellu-

¹⁾ Provin. Sanitacts-berichte, etc., 1835.

¹² Noz. Hydatides du foic.

laire abondant qui reconvre l'organe en arrière. La douleur devient vive et contime; elle est ordinairement pulsative, comme dans tous les cas où il existe une
inflammation suppurative. Bientôt le point de la région lombaire correspondant à
l'affection devient tuméfié, pâteux, d'une rougeur obscure. Les limites de ces
altérations ne sont pas bien circonscrites, et enfin on finit parfois par sentir
un fluctuation profonde, mais l'empâtement œdémateux peut être le seul signe
auquel on puisse reconnaître la formation du pus. On trouve deux exemples des
plus remarquables de ces abcès acéphalocystiques dans l'ouvrage de M. Rayer
(t. III) qui les a extraits de la Bibliothèque médicale (1). Dans le premier de ces
deux cas, rapporté par le docteur Jannin, chirurgien à Vallières, l'ouverture du
loyer ayant été pratiquée à l'aide de l'instrument tranchant, il en sortit une multitude d'hydatides; dans le second, l'ouverture se fit spontanément après plusieurs années de douleur et de gonflement lombaires.

Les symptômes généraux qui accompagnent cette inflammation du foyer et cette suppuration des reins ne sont pas toujours aussi intenses qu'on pourrait le supposer. Dans les deux cas qui viennent d'être cités, à peine y a-t-il eu, en effet, un peu de dérangement de la santé, même après l'ouverture de la tumeur. Cependant il est plus ordinaire d'observer le mouvement fébrile qui accompagne les suppurations considérables.

Nous avons vu plus haut (2) par quels symptômes se termine la maladie dans les cas où la dégénération complète des reins cause la mort. Dans ceux où les hydatides sont rejetées au dehors, soit par les urines, soit en se frayant un passage à travers les parois lombaires, on voit ordinairement, après l'expulsion d'une quantité plus ou moins grande de ces vers, tous les symptômes s'amender. La gêne de la région rénale, et la tumeur, s'il en existait une appréciable, diminuent sensiblement; les urines sont plus faciles; ou bien la suppuration de la plaie extérieure diminue, n'est plus sanieuse, et ne contient plus d'hydatides; l'appetit, la gaieté, les sorces reviennent, et le malade guérit promptement. Cette amélioration est ordinairement beaucoup plus marquée, dès son début, que celle qui survient dans l'intervalle des attaques, dans les cas d'expulsion des hydatides par les urines, ce qui peut saire reconnaître qu'on n'a plus à craindre d'accidents graves. On conçoit cependant qu'il n'y a rien de positif dans cette induction, puisque, comme je l'ai sait remarquer, il pent arriver que tout phénomène morbide disparaisse, quoiqu'il se prépare, pour un temps plus ou moins éloigné, une nouvelle expulsion d'acéphalocystes par les voies urinaires.

Quelquefois on a vu la tumeur s'enflammer sans s'ouvrir ni dans le bassinet, ni à la surface externe du rein; des symptômes plus ou moins intenses (douleur, fièvre, etc.) se produire, puis diminuer, disparaître au bout d'un temps plus ou
moins long, et tout rentrer dans l'ordre. En pareil cas, le kyste se rétrécit peu à
peu, et finit par s'oblitérer. On a vu aussi des sujets présenter pendant un temps
variable des douleurs rénales peu intenses et mal caractérisées qui ont fini par se
dissiper; it est probable que, dans un certain nombre de ces cas, il a existé des
kystes hydatiques qui se sont terminés par ces incrustations calcaires que j'indiquerai plus loin.

^{1) 1805,} t. X: 1814, t. XLIII.

²¹ Kystes simples des reins, p. 153.

Enfin, on a cité des cas où le foyer hydatique s'est ouvert dans d'autres voie pour se porter à l'extérieur (dans l'intestin, l'estomac, et même les voies respiratoires) Il se passe, dans ces cas exceptionnels, ce que nous avons déjà plusieurs fois si gnalé dans les abcès du foie, de la rate, etc., et qu'il serait, par conséquent, inutil de reproduire icl.

S IV. - Marche; durée; terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est ordinairement très lente. Dans les premiers temps, i est impossible de la suivre, puisque la lésion ne donne lieu à aucun symptôme. Lorque les sujets succombent, les hydatides étant restées intactes dans la substance rénale, la marche de la maladie devient bien plus rapide vers la fin, à l'époque où l'on pu parvenir à diagnostiquer le mal, ou du moins à le soupçonner. Dans les cas où le hydatides sont rejetées au dehors par les urines, la marche de l'affection est remarquable par ces espèces d'attaques que j'ai maintes fois signalées. Dans ceux où le foyer s'ouvre au dehors par les parois lombaires, la marche devient aigué pendant la période de suppuration; puis, lorsque l'ouverture est faite, il y a une suppuration prolongée. Enfin, dans les cas de perforation faisant communiquer le foyer avec une autre cavité que celle du rein, on peut observer des phénomènes intermittents analogues à ceux que j'ai décrits à propos de l'ouverture dans les conduits urinaires.

La maladie peut durer des années entières. Les faits que nous connaissons propvent que cette durée est toujours très longue.

Nous avons vu que la terminaison était fatale dans quelques cas où les hydatide ne trouvant pas d'issue au dehors, et envahissant tout l'organe, la sécrétion urinaire devait être extrêmement gênée. Dans les cas, au contraire où ces vers son rejetés, soit par les voies urinaires, soit par une ouverture des lombes, la guérison est très fréquente, du moins si l'on s'en rapporte aux cas que nous connaissons. In ne prétends pas néanmoins donner cette conclusion comme très positive; car il serait fort possible que beaucoup de cas de non-guérison n'eussent pas été publiés, tandis qu'on s'est empressé de faire connaître ceux qui ont eu une heureuse issue; je voulais seulement faire remarquer que la terminaison par guérison, dans les cas particuliers dont il s'agit, n'est pas aussi rare que le dit Boyer (1).

§ V. — Lésions anatomiques,

On ne trouve ordinairement de kystes acéphalocystiques que dans un seul de deux reins; et, comme le fait remarquer M. Rayer, « dans la cavité du kyste, le acéphalocystes sont presque toujours multiples. » Voici comment le même auteur décrit d'une manière générale la poche rénale qui constitue le kyste. « Elle est formér 1° par les substances rénales atrophiées et anémiques, visibles et distinctes encore dans quelques points, et, en quelques autres, réduites à une simple trame celle-leuse, infiltrée çà et là d'une matière jaunâtre accidentelle, et formant une sorte de membrane grisâtre à l'extérieur et jaunâtre à la coupe; 2° par un véritable kyste, à parois fermes et fibreuses, dont la surface interne, un peu inégale et jaunâtre, offre, par places, des brides celluleuses plus denses que les parois, avec des enforcements, les uns larges et profonds, les autres plus petits et digitiformes.

- » En contact avec cette surface, mais sans aucune adhérence avec elle, on trouve (lorsqu'il ne s'est opéré aucun travail de désorganisation dans l'intérieur du k) ste
 - 1) Traité des malad. chirurg., 1º édit., t. VIII, p. 541.

1

me grande poche molle et membraneuse, dont les parois sont formées d'une substance particulière, diaphane, semblable à du blanc d'œuf médiocrement cuit, ou mieux à du blanc d'œuf coagulé par la potasse caustique. Cette substance, très élestique, peut s'allonger jusqu'à un certain point sans se rompre, et alors, abanbonnée à elle-même, elle offre un tremblotement remarquable.

Quelquesois légèrement jaunâtre, cette substance est ordinairement blanchâtre, avec une teinte bleue légère; mais quelle qu'en soit la couleur à la lumière résiéchie, cette matière est constamment d'une belle couleur jaune-citron à la lumière résractée. Cette poche membraneuse (acéphalocyste mère de quelques auteurs) peut être séparée en plusieurs lames, comme si elle était composée de couches superposées. »

On voit par cette description que les kystes acéphalocystiques des reins ne different pas de ceux que nous avons trouvés dans d'autres organes. Il en est de même des hydatides qu'ils renferment. On y trouve ces vers en nombre souvent fort grand et de diverses grosseurs. Saines, les hydatides sont arrondies, très élastiques; altérées par l'inflammation, elles sont vides, flétries, nageant dans le pus. On voit, en outre, les adhérences avec le bassinet qui précèdent la perforation; parsois un retrait du kyste, qui le rend irrégulier. Parsois aussi ce kyste s'encroûte d'une matière crétacée, qui s'empare également de la place qu'occupaient les acéphalocystes, et ceux-ci sont plus ou moins complétement détruits. Il ne faut pas consondre l'incrustation crétacée avec les granules qu'on observe dans les parois du kyste non altéré.

Je n'insiste pas davantage sur ces altérations qui ne nous officiaient pas de nourelles considérations importantes. Je dirai seulement que tantôt on trouve de petits kystes isolés, tantôt une réunion de plusieurs kystes, et que parfois le rein en est rempli, d'où résulte une déformation très considérable et une grande augmentation du volume de cet organe.

§ VI. — Diagnostic.

Le diagnostic de cette affection est extrêmement difficile jusqu'au moment où les hydatides sont rejetées à l'extérieur par une voie quelconque. L'existence d'une tumeur avec gêne dans la région lombaire est loin de suffire pour faire reconnaître la présence des kystes acéphalocystiques. Cependant s'il n'y a eu ni douleur dans les membres inférieurs, ni rétraction du testicule, ni mouvement fébrile, comme dans la néphrite; ni hématurie, comme dans le cancer; ni colique néphrétique, comme dans les calculs rénaux, il est permis de soupçonner l'existence de kystes dans les reins; mais il ne faut pas oublier que des kystes simples penvent avoir leur siège dans cet organe, et si des hydatides n'ont pas été rejetées, on ne peut se prononcer d'une manière précise sur la nature de l'affection.

Lorsque la tumeur occupe le rein droit, on peut croire à l'existence de kystes acéphalocystiques du foie. Il faut tenir compte, en pareil cas, du siège de la tumeur, qui est plus insérieur et plus postérieur dans les hydatides des reins, et de l'absence ou de l'existence de l'ictère.

Quand des àcéphalocystes sont rendus avec l'urine, on peut se demander encore si ces corps ne viendraient pas d'un foyer voisin de la vessie et ouvert dans cet organe. La douleur préalable des lombes, la palpation de la région lombaire, et

pour contre-épreuve celle de l'hypogastre, sourniront les lumières qui dirigeron le médecin dans son diagnostic.

Ensin, lorsqu'il se sorme à la région lombaire une tumeur fluctuante, on peut se demander s'il s'agit d'hydatides ou d'un abcès dû à une simple inflammation de reins. Mais, si l'on n'a pas oublié que les abcès des reins sont presque constamment causés par la présence des calculs rénaux, on verra qu'il est difficile de tomber dans l'erreur à ce sujet. La colique néphrétique causée plus ou moins fréquenment par les calculs, l'expulsion des graviers par les urines, suffiront pour éloignes l'idée d'un abcès produit par une inflammation simple.

Il ne saudrait pourtant pas conclure, de ce que je viens de dire, que je regarde le diagnostic des acéphalocystes des reins comme bien établi, même dans les ca que je viens de déterminer. Les observations que nous possédons ne sont pas asser nombreuses pour nous permettre de lever les nombreuses difficultés qui l'entorrent. J'ai voulu seulement saire counaître les principales données d'après lesquelles on pourra porter son jugement.

Pronostic. On a vu plus haut, à propos de la terminaison de la maladie, que per ne regardais pas le pronostic comme aussi défavorable qu'il paraît l'être d'après plusieurs auteurs, et en particulier d'après Boyer. M. Rayer, en étudiant les faits, est arrivé à la même conséquence. Voici comment il s'exprime à ce sujet : • A en juger par la marche de la maladie dans la plupart des cas de kystes acéphalocystiques des reins qui ont été publiés jusqu'à ce jour, le pronostic de ces espèces de tumeurs serait généralement moins grave que celui des tumeurs rénales formées à la suite des pyélites. Chose remarquable, les kystes acéphalocystiques des reins ont, comme les kystes acéphalocystiques qui se développent dans les autres organes, une grande tendance à s'enflammer, à se perforer et à revenir sur eux-mêmes lorqu'ils se sont complétement vidés. Aussi les exemples de guérison des tumeurs rènales, après l'évacuation d'hydatides par les voies urinaires, ne sont-ils pas trèvares. Mais, dans un cas donné, on ne peut préjuger l'époque à laquelle une semblable évacuation aura lien.

Il résulte de tout cela que l'évacuation des hydatides, soit par les urines, soit, comme on peut s'en convaincre en se rappelant les saits cités plus haut, par un ouverture à la région lombaire, est, toutes choses égales d'ailleurs, la circonstance qui doit rendre le pronostic le moins grave.

§ VII. - Traitement,

Il faut d'abord établir, avec M. Rayer, une division essentielle pour le traitement. Celui-ci, en essent est dissérent suivant que les kystes sont intacts. en sammés, ouverts dans le bassinet, près de s'ouvrir, on bien ouverts à l'exterieur à travers les parois lombaires. Disons comment on doit agir dans ces diverse circonstances.

la surface du rein et dans le tissu environnant, les auteurs sont d'avis de n'employer aucun moyen bien actif, et l'on peut ajouter que cette recommandation est généralement inutile, attendu que souvent le diagnostic ne peut pas être porté, ou qu'ou n'est consulté par le malade qu'à l'époque où les hydatides sout expulsées par les urines ou ont occasionné l'inflammation des parties environnantes. Cependant

on a proposé quelques moyens qui pourraient s'appliquer aux cas où l'on soupçonnerait la présence des acéphalocystes dans les reins.

Un des principaux est la térébenthine. Le docteur Moreau, médecin à Vitry-le-Français, a rapporté un cas (1) cité ensuite par M. Rayer, et dans lequel on a cru pouvoir attribuer la guérison à la térébenthine. Mais il ne s'agit pas, dans cette observation, d'une tumeur restée intacte, puisque le malade avait rejeté des hydatides avec les urines. Toutefois on serait facilement l'application du remède aux umeurs qui ne sont pas rompues, si l'on pouvait voir dans ce fait autre chose qu'une coincidence. Mais un seul fait n'est-il pas entièrement insuffisant lorsque mus savons que la simple expulsion des hydatides par les voies urinaires est sourent suivie de guérison? Et cette expulsion n'eût-elle pas même eu lieu, on ne pourrait encore attribuer d'une manière absolue la guérison à l'usage de la térébenthine, puisqu'il est avéré que des tumeurs hydatiques peuvent, sans se rompre, Eftrir, s'incruster, se remplir de matière crétacée, s'atrophier, et sinir par se cicatriser ou par ne plus sormer qu'un noyau inerte, dont l'innocnité est constatée par l'expérience. Qu'il nous suffise donc de savoir que le docteur Morcau a donné I'huile essentielle de térébenthine à la dose de 80 centigrammes chaque jour en quatre prises.

On pent voir dans l'article que j'ai consacré aux hydatides du foie les divers moyens internes dirigés contre ces vers vésiculaires et les réflexions que j'ai présentées à l'occasion de ce traitement. On en fera facilement l'application aux hydaides des reins. Je me borne ici à énumérer ces moyens : ce sont les désobstruants,
les purgatifs, les vomitifs, le colomel, divers anthelmintiques, l'eau
de mer, les préparations d'iode. Voici comment Boyer juge cette médication :
Les vermisuges, dit-il, et le mercure lui-même que M. le prosesseur Baumes
regarde comme doué de la propriété de détruire les vers vésiculaires, ou du moins
de savoriser leur expulsion, sont des remèdes sur l'efficacité desquels on doit peu
compter; cependant on peut y avoir recours lorsque rien n'en contre-indique l'usage. »

On trouve, il est vrai, parmi les faits cités par M. Rayer, une observation de M. Aulagnier (2) dans laquelle l'auteur paraît attribuer au traitement mercuriel l'expulsion des hydatides; mais nous savons que la perforation du bassinet et l'issue des acéphalocystes par cette voie sont un fait fréquent dans les cas où aucun traitement mercuriel n'a été prescrit, et rien, dans l'observation, ne prouve que ce traitement ait réellement favorisé la sortie des vers vésiculaires.

On n'a jamais, comme dans les hydatides du foie, pratiqué l'ouverture de la tumeur, dans des cas où elle n'avait pas encore occasionné une inflammation suppurative de la surface du rein et des parties adjacentes. Cependant on conçoit que si le diagnostic présentait, dans un cas donné, une assez grande certitude, on pourrait recourir à cette opération, afin de soustraire le malade aux chances de quelques accidents, comme ceux de la colique néphrétique causée par le passage de grosses hydatides dans les conduits urinaires, ou comme la rupture du kyste dans le péritoine, ce qui heureusement est fort rare. Les réflexions présentées à ce sujet par M. Rayer sont trop importantes pour que je puisse m'empêcher de les reproduire. « Si, dit-il, la tumeur enkystée est intacte, et qu'on soit parvenu à

⁽¹⁾ Bibliothèque médicale, septembre 1820.

⁽²⁾ Extraite du Journal génér, de médecine, t. I.VI, 1816.

bien constater qu'elle est formée par un kyste acéphalocystique, on pourrait l'ouvrir à l'aide d'une incision et des caustiques, comme il a été indiqué à l'occasion
des tumeurs formées à la suite de la pyélite; mais il est généralement préférable
d'attendre que la tumeur s'ouvre spontanément dans le bassinet et les calices. Je
n'ai jamais, il est vrai, eu l'occasion d'ouvrir ainsi un semblable kyste développe
dans les reins; cette pratique a été appliquée avec un succès incontestable au
kystes acéphalocystiques du foie, et certaines objections faites contre la néphrotome
pratiquée dans le but d'extraire un calcul ne sont pas applicables aux kystes acephalocystiques des reins. Ainsi le kyste est presque toujours, sinon toujours, unique; il est voisin de la surface du rein; l'inflammation en est plutôt salutaire que
fâcheuse, etc., et l'opération offrirait par elle-même peu de danger, à moins que
le malade n'eût un très grand embonpoint.

Ces raisons semblent militer en saveur de l'opération; mais M. Rayer termine en répétant qu'il vaut mieux, en général, attendre l'ouverture dans le bassinet, et sorte que la question est encore en litige et ne pourra être résolue que par l'expérience, ou du moins qu'il saut regarder l'opération comme applicable seulement à des cas particuliers qu'il est bien difficile de préciser ici. Quant au procédé operatoire, j'en parlerai au sujet de la pyélite calculeuse.

Dans le cas où la tumeur, quoique n'ayant encore subi aucune rupture, a diterminé l'inflammation du tissu qui environne le rein, on peut plus hardiment tenter l'opération; mais on ne doit pas hésiter à y avoir recours lorsqu'il s'est formé un véritable abcès reconnaissable à la fluctuation profonde ou du moins l'empâtement ædémateux de la surface lombaire correspondant à la tumeur. C'est à l'incision qu'il faut avoir recours, comme dans les abcès ordinaires: mais comme il s'agit d'un foyer situé souvent très profondément, on ne doi: pas faire tout d'un coup une incision qui pénétrerait jusqu'à la poche hydauque; il vaut mieux, après avoir divisé les couches superficielles, explorer avec le doigt les couches profondes, de manière à rechercher toujours la fluctuation avant de les diviser successivement. Le fait rapporté par le docteur Jannin est un exemple de l'innocuité de cette opération en pareille circonstance.

Lorsqu'il y a perforation du bassinet et expulsion des hydatides par les vois urinaires, on conseille de favoriser cette expulsion à l'aide des diurétiques, et cette pratique est trop simple pour qu'il soit nécessaire d'y insister. Mais nous avons vu plus haut que la difficulté du passage des acéphalocystes par un causi étroit peut donner lieu à certains accidents. Lorsque les hydatides sont arrèter dans l'uretère, on observe la colique néphrétique; il faut alors insister sur les diurétiques et prescrire les narcotiques, l'opium en particulier, pour calmer les douleurs qui ne cessent complétement qu'après la sortie des vers vésiculaires du conduit trop étroit qu'ils doivent traverser. « Si, dit M. Rayer, un acéphalocysée, engagé dans l'urêtre, obstruait complétement le capal, on en faciliterait l'expulsion en le déchirant ou en le perçant, comme M. Brachet l'a fait daps un cas. »

Ensin, si l'ouverture du kyste se faisait dans le péritoine, on opposerait à la péritonite suraigue qui en serait la conséquence les moyens énergiques qui ont ele indiqués à l'occasion de cette maladie (1).

⁽¹⁾ Voy. t. III, Périlonile par perforation.

ARTICLE XI.

STRONGLE GÉANT; SPIROPTÈRE; DACTYLIUS ACULEATUS.

Strongle géant. Cette espèce de ver, qui se rencontre très rarement, puisque M. Rayer a examiné trois mille reins d'homme et plus de cinq cents reins de chien sans le découvrir, se trouve néanmoins bien plus souvent chez ce dernier animal que chez l'homme. Il a une certaine ressemblance avec l'ascaride lombri-roide, avec lequel il a été fréquemment confondu. Voici ses caractères tels qu'ils sont donnés par M. Rayer: « Corps cylindrique, élastique, atténué aux deux extrémités; queue du mâle terminée par une bourse, du milieu de laquelle sort une verge unique. »

On ne sait rien sur les causes de cette production morbide vivante. Quant aux symptômes, ils sont ceux de l'inflammation du rein et surtout de l'inflammation du bassinet. Dans les cas cités par les auteurs, les vers étaient ordinairement expulsés avec les urines. Parsois néanmoins ils donnent lieu à l'inflammation de l'organe, qui se communique au tissu environnant, et de là un abcès lombaire, par l'ouverture duquel les vers sont expulsés. Dans quelques cas, et la première observation de M. Rayer (1) empruntée au docteur Moublet (2) en est un exemple bien remarquable, il y a à la sois issue de ces vers par les urines et par un abcès ouvert aux lombes.

Je n'ai pas besoin de décrire les symptômes dans les cas de tumeur inflammatoire. Ils ne paraissent différer de ceux que nous avons trouvés dans les cas analogues d'acéphalocystes, que par la plus grande violence de la douleur. On peut en juger par les exemples suivants :

M. le docteur Aubinais (3) a rapporté un cas de strongle géant observé chez un homme de cinquante-sept ans. Les symptômes furent une douleur rénale brûlante s'irradiant vers la vessie, des vomissements, de la fièvre. Les seuls moyens qui procurèrent du soulagement furent l'opium à haute dose, l'eau distillée de lauriercerise, l'éther sulfurique et l'essence de térébenthine. Le malade mourut après trois ans de souffrances atroces. A l'autopsie on trouva le rein flasque, irrégulier, bosselé, et contenant un entozoaire encore vivant, rouge, du volume du petit doigt d'un enfant de trois ans, et d'un peu moins de seize pouces de long.

Un autre cas hien remarquable a été observé par M. le docteur Arlaud (4) sur one fille de vingt-six ans. Dans l'espace de deux ans la malade rendit un nombre considérable de ces animaux au milieu d'accidents très variés et de douleurs vives. Plusieurs fois les vers s'arrêtèrent dans le canal de l'urêtre, et il fallut les extraire avec la pince de Hunter ou la pince à trois branches. Une fois la pince amena un tube membraneux à parois résistantes que M. Ségalas, rapporteur du mémoire de M. Arlaud, a reconnu pour l'enveloppe membraneuse d'un strongle très volumineux; enfin, d'autres corps de texture sibreuse et charnue, dont l'un représentait le segment transversal d'un conduit de 4 centimètres de diamètre, et que le rap-

⁽¹⁾ T. III, p. 732.

⁽²⁾ Journ. de méd. et de chir., juillet 1758.

³⁾ Journ. de la Sociélé de méd. de la Loire-Inférieure, 106° livr., 1848.

⁽⁴⁾ Observation de strongles géants sortis des roies urinaires d'une femme (Bulletin de l'Académie de médecine; Paris, 1846, t. XI, p. 446).

porteur croit être un débris d'un organe voisin du rein ou du rein lui-même, mais sur lequel il ne se prononce pas définitivement.

Des hématuries fréquentes, des douleurs vives dans la région du rein droit, dans le trajet des uretères, dans la vessie, dans le membre abdominal droit, un état général de soussrance et de dépérissement, avec des alternatives de mieux et de plus mal, des phénomènes nerveux variés, sont les principaux symptômes que présentait la malade.

Quant aux cas où les strongles sont rejetés par les urines, leur entrée dans l'uretère peut occasionner les accidents de la colique néphrétique.

Le traitement du strongle qui ne donne pas lieu à la sormation des abcès dont être cherché dans les moyens anthelmintiques que j'ai déjà indiqués (1). Le abcès causés par ces vers doivent être ouverts comme ceux qui résultent des acéphalocystes. Enfin quand les entozoaires s'arrêtent dans le canal de l'urêtre, il saut les extraire avec la pince de Hunter ou la pince à trois branches, comme l'a sait M. Arlaud.

On a trouvé d'autres vers dans l'urine de l'homme. Ce sont le spiroptère (2) et le dactylius aculeutus (3). Mais il est plus que douteux que ces entozoaire vinssent des reins; M. Rayer doute même que les corps décrits sous le nom de spiroptères soient des vers; enfin, nous n'avons nécessairement que des données fort insuffisantes sur les symptômes que ces entozoaires peuvent produire: ce sont autant de motifs qui m'engagent à passer outre.

M. Rayer, qui n'a voulu négliger aucune des conditions anormales où se trouvent les reins, a en outre parlé du déplacement de ces organes, de l'absence de l'un d'eux, de leur fusion, etc.; mais ces vices congénitaux ne doivent pas nous arrêter dans un traité pratique. Je dirai seulement un mot de la mobilité de reins, sur laquelle nous possédions déjà des notions anciennes, mais dont M. Rayer nous a fourni des exemples bien plus précis et plus détaillés que ceux que nous connaissions.

ARTICLE XII.

MOBILITÉ DES REINS.

La mobilité des reins paraît n'avoir guère d'importance pour le praticien qu'en cr qu'elle peut donner lieu à des erreurs de diagnostic. Cependant elle cause des accidents peu graves en apparence, mais sérieux par leur continuité; et, d'un autre côté. il en résulte une tumeur pour laquelle on peut prescrire un traitement nuisible: il faut donc être prévenu, sous peine d'agir d'une manière préjudiciable au malade. En outre, enfin, un bon moyen de contention est une précaution très efficace. Cer raisons m'engagent à présenter intégralement le résumé qui nous a été donné par M. Rayer (4) des cas soumis à son observation.

« En résumé, dit-il, la mobilité des reins constitue un état morbide qui a cir peu étudié et qui est beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense communément. Le

⁽¹⁾ Voy. Fers intestinaux.

⁽²⁾ LANKENCE, Cas d'une femme qui a rendu un grand nombre de vers par l'urêtre 'Med' chir. Transact.; Loudon, 1817, t. 11, 5° édit. p. 385.

⁽³⁾ Curling, Case of a girl, etc. (Med.-chir. Transact., t. XXII, 1839.

⁽⁴⁾ Traité des maladies des reins : Paris. 1841, t. III, p. 800.

rein droit est presque exclusivement le siège de cette anomalie; elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

- Causes. Le plus souvent elle coîncide avec une augmentation de volume du foie, avec un déplacement de l'intestin, ou avec un déplacement de l'utérus; elle peut aussi être la conséquence d'une disposition particulière du péritoine, d'une déviation du rein, d'une flexuosité de ses vaisseaux, etc. Des grossesses multipliées, des efforts pour porter ou soulever des fardeaux, ont paru, dans quelques cas, être la cause de ce déplacement du rein droit, qui, dans d'autres cas, n'a pu être expliqué.
- Symptômes. Une douleur dans la région lombaire droite, se propageant quelques dans la direction des ners lombaires et cruraux, douleur qu'on peut réveiller lorsqu'elle est assouple, en comprimant le rein avec les doigts de la main droite, la main gauche soutenant les lombes en arrière, et un sentiment habituel de faiblesse et de malaise dans le bas-ventre, sont les symptômes les plus ordinaires de cette maladie.
- Parsois il s'y joint les phénomènes d'une péritonite déterminée probablement par les tiraillements qu'entraîne la mobilité du rein. D'autres sois ce sont comme des coliques nerveuses et d'autres accidents analogues à ceux dont se plaignent les hypochondriaques, surtout lorsque les malades, en s'explorant le ventre, y ont rencontré une tumeur sur la nature de laquelle ils sont d'autant plus inquiets, que le plus grand nombre des médecins ne la connaissent pas. J'ai déjà dit que deux médecins atteints d'une semblable mobilité du rein droit étaient tombés dans un grand découragement, et que l'un d'eux, essrayé de ce qu'il portait une tumeur dans le ventre, tumeur qu'il croyait être une lésion organique, avait quitté momentanément sa prosession.
- Traitement. Il est inutile de rappeler que les traitements les plus bizarres et quelques ois les plus douloureux ont été appliqués à ces prétendues tumeurs. L'expérience m'a démontré qu'il suffisait le plus souvent de maintenir le ventre par une ceinture convenablement appliquée pour faire cesser ou rendre supportable la douleur occasionnée par un rein mobile. Dans deux cas où cette mobilité coïncidait avec un abaissement de l'utérus, le repos sur un lit horizontal et l'emploi de douches sulfureuses en arrosoir ont été très salutaires.
- Lorsque les douleurs lombaires sont très aiguës, et lorsqu'il existe des symptômes de péritonite ou d'entérite concomitantes, l'application d'un certain nombre de sangsues ou de ventouses scarifiées, des topiques émollients ou narcotiques et les bains tièdes peuvent être momentanément utiles.
- Les exercices du corps, la course, la danse, le saut, l'équitation sont nuisibles. La constipation, lorsqu'elle existe, doit être combattue par des laxatifs pour prévenir les douleurs qu'amènent souvent les efforts de garde-robe.

CHAPITRE II.

MALADIES DES CONDUITS URINAIRES.

On a vu plus haut les motifs qui m'ont engagé à séparer les affections du tissu propre des reins de celles qui ont leur siège dans les cavités où est versée l'urine.

Ce n'est pas que je regarde cette division comme tout à sait rigoureuse. Je sais bien qu'il est rare que ces diverses parties constituantes d'un même organe ne soient pas atteintes à la sois par la maladie; mais celle-ci occupant, dans les divers cas, d'une manière presque exclusive une de ces parties, il m'a paru utile pour la clarté des descriptions de ne pas consondre, comme on le faisait anciennement, des affections qui, par cela seul qu'elles ont un siège particulier, ont aussi une gravité et des symptômes très dissérents, et, ce qui est plus important encore, exigent parsois, dans leur traitement, des moyens spéciaux. Je vais dans ce chapitre saire l'histoire des maladies suivantes: hémorrhagie rénale; pyélite aiguë et chronique; gravelle: calculs rénaux rétention de l'urine dans le rein. Cette division est semblable, comme on le voit, à celle que j'ai suivie dans la description des affections des voies biliaires (1), avec lesquelles celles que je vais décrire ont une si grande ahalogie. La pyélite correspond, en essentiaires, et la rétention de la vésicule du siel rein. à la rétention de la bile dans la vésicule.

Dans l'histoire de la pyélite, on trouvera ce qui est relatif à l'inflammation du bassinet causée par la présence des calculs, c'est-à-dire à la pyélite calculeuse de M. Rayer et à la néphrite calculeuse des auteurs. Après la description des calculs rénaux, je présenterai tout ce qui est relatif aux accidents de la colique néphrétique, qui n'est une conséquence ni de la pyélite ni de la néphrite, comme on pourtait le croire si l'on s'en rapportait aux expressions des auteurs, mais qui, comme ces inflammations, est le résultat de l'irritation, de la déchirure, de l'obstruction opérées par des corps étrangers, et principalement par les calculs arrêtés dans la partie supérieure des voies urinaires.

ARTICLE 1ºr.

HÉMORRHAGIE RÉNALE.

On a, jusqu'à ces derniers temps, décrit sous le nom générique d'hémoture toutes les affections dans lesquelles du sang est rendu avec les urines, et un bon nombre d'auteurs se contentent encore de procéder de la même manière, se fondant sur la difficulté incontestable, dans certains cas, de reconnaître quelle est la partie des voies urinaires qui produit le sang excrété. Mais cette difficulté n'est pas insurmontable dans un très grand nombre de cas, et pour la pratique, les signes qui servent à caractériser les hémorrhagies ayant leur siège dans le rein lui-même sout loin d'être indifférents. Il faut donc aujourd'hui cesser d'envisager d'une manière trop générale l'hématurie, symptôme commun à plusieurs affections diverse, et rechercher dans les différents points des voies urinaires la véritable source du sang excrété.

Ce n'est pas, toutesois, qu'on n'ait sait depuis bien longtemps des efforts pour déterminer le siège de l'hématurie. Déjà Hippocrate avait cherché la solution de ce problème; deux de ses aphorismes (2) et quelques passages de ses autres ouvrages en sont la preuve. Après lui Russus a cherché à établir la même distinction, et les auteurs des siècles passés, en suivant cet exemple, ont en outre rendu bien

⁽¹⁾ Voy. livre IV, Assections des annexes des roies digestives, chap. u, t. III, de cet parrafe.
(2) Obuvres complètes, trad. par Littré; Paris, 1844, t. IV, sect. IV, aphorismes 78 et 80.

plus complète la description de la maladie. M. Rayer (1) est l'auteur qui, dans ces derniers temps, a étudié avec le plus de soin les hémorrhagies rénales.

Des divisions assez nombreuses ont été proposées pour la description de cette bémorrhagie. Celle de Sauvages ne contient pas moins de onze espèces que je n'indiquerai pas ici, parce qu'il n'y a pas un véritable intérêt à connaître ces distinctions subtiles, fondées sur les circonstances les plus légères, comme le vomissement provoquant le pissement de sang, ou bien la couleur du liquide. Pinel avait proposé la division suivante : Hématurie constitutionnelle; H. accidentelle; H. succédanée; H. critique; H. symptomatique. Cette division, à quelques inodifications près, est celle qui a été suivie par M. Rayer. Cet auteur admet en effet les trois espèces qui suivent : 1° Hémorrhagies rénales symptomatiques des lésions des reins; 2° Hémorrhagies rénales symptomatiques d'affections générales; 3° Hémorrhagies rénales essentielles. De ces trois espèces, la première correspond à l'hématurie symptomatique de Pinel; la seconde et la troisième à l'hématurie constitutionnelle. L'hématurie critique n'est plus admise aujourd'hui.

Ensin, les auteurs du Compendium ont proposé de diviser les néphrorrhagies ainsiqu'il suit : 1" Néphrorrhagie par altération des solides; 2° N. par altération du sang; 3° N. par simple lésion dynamique; 4° N. traumatique. Comme cette division ne fait que reproduire celle de M. Rayer en des termes moins généralement acceptés et compris, c'est celle de ce dernier auteur qui mérite d'être suivie. Du point de vue dont nous devons envisager l'assection, et d'après le plan de cet ouvrage, sous ne saurions cependant attacher une importance exagérée à cette division; il nous sustira de rappeler, chemin saisant, ce qu'elle présente de plus important pour la pratique.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

Je donne le nom d'hémorrhagie rénale à celle qui, ayant le rein pour siège, a pour principal symptôme l'écoulement du sang avec l'urine. M. Rayer et les auteurs du L'ompendium veulent qu'on entende également par ce mot l'infiltration du sang dans le tissu du rein lui-même ou sous ses membranes, mais j'ai exposé plus haut les raisons qui m'ont porté à décrire séparément cette infiltration sous le nom d'apoplexie rénale, et les auteurs que je viens de citer ont été forcés euxmêmes d'en faire autant dans le cours de leur article, ce qui prouverait que cette division est naturelle, quand même nous n'aurions pas pour le démontrer la différence des causes, des symptômes, de la marche, de la gravité de l'affection dans un nombre considérable de cas.

Cette maladie a été décrite sous les noms de mictus cruentus; mictio cruenta; sanguinis mictio; hématurie; pissement de sang. Borsieri (2) donne le nom d'hématurie proprement dite à celle qui a sa source dans le rein. J'ai dit plus haut les raisons qui doivent faire préférer les dénominations d'hémorrhagie rénale ou néphrorrhagie.

L'hémorrhagie rénale est loin d'être une maladie rare. Nous verrons plus loin que ses causes sont nombreuses et variées, et il n'est, par conséquent, pas étonnant

⁽¹⁾ Trailé des malad. des reins, t. III, p. 326 et suiv.

⁽²⁾ Inst. med. praet., De mict. cruento.

que, sans pouvoir être rangée parmi les maladies les plus fréquentes, elle se présente assez souvent à l'observation. Nous verrons aussi que dans nos climats l'hémorrhagie essentielle est rare, tandis qu'elle est fréquente dans un climat particulier : celui de l'île de France.

§ II. — Causes.

Les causes de l'hémorrhagie rénale n'ont pas été exposées d'une manière neue par la plupart des auteurs. Préoccupés de leurs divisions, ils out, en général, négligé de rechercher les causes prédisposantes, que plusieurs se sont contentés d'indiquer d'une manière sommaire. Voyons ce que nous sournit de plus important l'état actuel de la science.

1° Causes prédisposantes.

Age. Suivant Boyer (1), « tous les âges sont sujets à l'hématurie, cependant on l'observe plus souvent chez les adultes et les vieillards que chez les jeunes gens »; mais cette proposition n'est pas applicable à une des hémorrhagies rénales les plus curieuses, c'est-à-dire à l'hémorrhagie essentielle qui existe d'une manière endémique à l'île de France et dans quelques autres pays. Les docteurs Chapotin (2) et Salesse (3) ont, en effet, constaté que, dès l'âge le plus tendre, un très grand nombre de sujets étaient attaqués de cette hématurie.

Sexe. Il en est de même du sexe. Si, dans nos climats, il est vrai de dire que les hommes sont plus sujets que les femmes à cette affection, parce que les lésions des reins, principale cause de l'hématurie rénale, sont plus communes chez les premiers, il n'en est pas ainsi à l'île Maurice, où l'hématurie est si souvent essentielle.

Constitution; tempérament. La constitution a été sort peu étudiée. On a dit, il est vrai, que les sujets affectés d'hématurie rénale sont, en général, saibles et d'une constitution détériorée; mais ces sujets ne sont observés qu'à une époque où la maladie des reins et la perte plus ou moins répétée de sang ont débilité l'orgnisme. Cette constitution acquise ne saurait, par conséquent, être rangée parmi les causes prédisposantes. Quant au tempérament, on s'est borné à dire que le tempérament sanguin et pléthorique prédispose à l'hématurie; mais cette assertion a grand besoin d'être consirmée.

Causes diverses. Viennent ensuite une vie et une profession sédentaires, une grande irritabilité des organes urinaires, les excès de boissons alcooliques, l'abus des plaisirs vénériens, les affections morales vives (Boyer). Il n'est pas besoin de dire que ce ne sont là que de pures assertions, sondées tont au plus sur des impressions générales. On a encore indiqué, comme ayant une influence marquée sur la production de l'hématurie, l'âge critique chez les semmes et une tendasce au flux hémorrhoidaire chez les deux sexes.

Saisons; climats. Nous ne connaissons rien de positif relativement à l'influence des saisons. Quant aux climats, j'ai signalé plus haut la disposition toute particulière des habitants de l'île Maurice (île de France) à être atteints de l'hémorrhagie

(2) Topogr. méd. de l'île de France, 1812,

⁽¹⁾ Traile des maladies chirurgicales, 4. édit., t. 1X, p. 92.

⁽³⁾ Diss. sur l'Aémat. ou pissement de sang : Thèse, Paris, 1934.

essentielle des reins. A Pavie, P. Frank a observé un cas d'urine laiteuse (1), et nous verrons plus loin que, dans les cas bien étudiés, cette espèce d'urine a été consécutive à une véritable hémorrhagie, ce qui pourrait porter à croire qu'une hématurie essentielle, comme celle de l'île Maurice, avait existé chez le sujet de cette observation. La même réflexion s'applique aux faits cités par les docteurs Sobrini, Simoni, Vallados, Roza, Meirelhes, dont M. Rayer a rapporté les opinions extraites d'un journal brésilien (Revista fluminense); peut-être aussi, comme le fait remarquer ce dernier auteur, faut-il regarder comme analogues aux faits signalés par les médecins de l'île Maurice et du Brésil ceux dont a parlé Chalmers (2), et qui ont été observés dans la Caroline du Sud.

Enfin, M. Rayer rapproche de ces hémorrhagies essentielles celles qui ont été étudiées dans la haute Égypte et dans la Nubie par le docteur Renoult (3), et que cet auteur attribue aux transpirations excessives, inévitables dans ce climat brûlant.

2º Causes occasionnelles.

Les contusions, les plaies des reins donnent ordinairement lieu à un écoulement de sang assez abondant par les voies urinaires. Les auteurs en ont cité de nombreux exemples. C'est là l'hématurie rénale traumatique.

Il faut rapprocher de ces causes les efforts violents, l'équitation prolongée, un toyage dans une voiture rude. Le docteur Arau (4) a cité des cas où la cause de l'hématurie n'a paru être autre que l'équitation. En pareil cas, c'est à l'ébranlement violent et prolongé éprouvé par les reins qu'on doit attribuer l'hémorrhagie, et, comme on le voit, il y a dans cette cause quelque chose de traumatique. On a vu l'hématurie se produire dans les efforts de l'accouchement et du vomissement; mais il n'est pas certain que, dans un bon nombre des cas de ce genre cités par les auteurs, l'hémorrhagie ait eu réellement sa source dans les reins.

C'est encore par un esset qui peut être considéré comme traumatique, que des calculs, irritant la surface des bassinets, la déchirant même, donnent lieu à une hématurie quelquesois assez abondante.

Le passage suivant de M. Rayer fera connaître un certain nombre d'autres influences auxquelles on a attribué l'hématurie rénale. « Je termine, dit cet auteur, en mentionnant simplement certaines causes qui, après avoir agi sur l'organisme, et en particulier sur le sang, déterminent des hématuries presque toujours fort légères. Ainsi on a vu des individus froppés de la foudre rendre de l'urine par l'urètre (5). Certains médicaments àcres, donnés à grande dose, produisent quelquesois des hématuries. C'est ainsi que les cantharides (6) occasionnent des pissements de sang, soit lorsqu'elles sont administrées à l'intérieur d'une manière immodérée, soit, dans quelques cas rares, après l'application de larges vésicatoires. Le baume du

¹¹⁾ Traité de médecine pratique: Paris, 1842, t. 1, p. 384.

⁽³⁾ An account of the weather and dis. of South Carolina; Loudon, 1776.

⁽³⁾ Notice sur l'hémat. qu'éprouvent les Européens dans la haute Égypte et la Nubie (Journ. gén. de méd., 1. XVII).

⁽¹⁾ Essai sur l'hématurie des militaires à cheval; Paris, 1811.

⁽i) Gaz. des kòp., 1831.

⁽⁶⁾ PARÉ, OEuvres complètes; Paris, 1840, t. 111, p. 326. — FORESTUS, Obs. et cur. morb., 1. 11, p. 326.

Pérou paraît être dans le même cas. Par une mauvaise plaisanterie, dit P. Frank (1), on sit prendre à une personne du baume du Pérou pour du chocolat: au bout de quelques heures, il survint une hématurie.

- « On a attribué des hématuries à l'usage immodéré de l'ail (Forest), des oignons, des asperges et des poireaux; je n'ai rien vu de semblable.
- » Je n'ai jamais observé de véritables hématuries comme effet d'un empoisonnement saturnin. Dans un seul cas de colique saturnine, que j'ai vu compliqué d'une hématurie, le pissement de sang a diminué graduellement pendant le traitement de la colique; mais plusieurs sois j'ai remarqué, dans l'empoisonnement saturnin, que l'urine était chargée d'une certaine quantité d'albumine.

Outre que la véritable influence de la plupart de ces causes est loin d'être bien déterminée, il est une réflexion qui s'applique aux divers cas qui viennent d'être mentionnés : c'est qu'il n'est nullement démontré que les hématuries causées par ces agents eussent leur source dans les reins, et que pour la plupart des cas, au contraire, on peut présumer que le sang provenait de la vessie.

Dans les cas où l'on a vu l'hématurie succéder à l'usage immodéré de diurétiques autres que les cantharides, on peut néanmoins admettre que c'est par les reins que leur action s'est fait principalement sentir.

L'usage des drastiques a été également classé parmi les causes de l'hématurie.

On a encore cité la rétrocession de la goutte, du rhumatisme, des dartres, et même de la gale; mais en examinant les faits, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'on s'est laissé abuser par de simples coıncidences.

Comme dans toutes les hémorrhagies, nous retrouvons ici l'oubli d'une saignée habituelle, la suppression des hémorrhoïdes et des menstrues, ou de tout autre flux sanguin habituel. On a cité des exemples de ces dissérentes causes, et parmi eux on en trouve dans lesquels l'hématurie était périodique, comme le soux qu'elle remplaçait (les menstrues principalement). L'hématurie déterminée par ces causes est celle que Pinel a nommée succédanée. Notons néanmoins ici que, dans un bon nombre des cas cités, il est permis de croire que le sang venait de la vessie; mais les auteurs ayant confondu les diverses hémorrhagies des voies urinaires sous le nom d'hématurie, il est difficile et souvent même impossible de distinguer les cas

Il est encore d'autres causes signalées comme déterminantes de l'hémorrhagie rénale; je vais les indiquer, en étudiant les conditions organiques dans lesquelles produit cette affection.

3° Conditions organiques.

Nous avons vu plus haut l'hématurie rénale se produire dans les plaies, les contusions, les déchirures des reins. Dans ces cas, l'écoulement de sang par , les urines s'explique de lui-même.

Suivant M. Rayer, les inflammations des reins et même la néphrite simple pervent donner lieu par elles-mêmes à l'hématurie; mais il faut se rappeler que cet au teur range parmi les néphrites simples celles qui sont déterminées par la présence des calculs rénaux. C'est dans ces dernières néphrites qu'on observe l'hématurie, et l'irritation, la déchirure de la membrane des bassinets et des uretères rendent

(1) Traité de médecine pratique, t. 1, p. 553.

compte du pissement de sang aussi bien que les causes précédentes. Mais si l'on examine les saits cités par cet auteur, on n'en trouve pas un seul qui démontre d'une manière satissaisante que l'hématurie peut être la conséquence de la néphrite simple spontanée. On ne pourrait tout au plus alléguer qu'une seule observation citée par Latour (1); mais en étudiant ce sait, on voit qu'il est impossible de dire nonseulement s'il y avait inslammation des reins, mais encore si le sang provenait réelement de ces organes. Il s'agit, dans ce cas, d'un sujet qui, vers la sin d'une pneumonie grave, sut pris d'une hématurie assez abondante, à la suite de laquelle les symptômes pectoraux ne tardèrent pas à se calmer et à disparaître. C'est là un exemple d'hématurie regardée comme critique, espèce que je n'avais pas encore suffisamment indiquée. On trouvera sans doute qu'avant d'admettre l'existence de ces hématuries critiques, il saudrait avoir des saits plus nombreux et plus concluants.

Nous avons vu plus haut que le cancer des reins donne fréquemment lieu à l'hématurie rénale; on a cité encore les abcès et les ulcères. Les affections qu'on a désignées sous ce dernier nom ne sont autre chose que la suite des abcès ou de véritables cancers.

M. Rayer (2) a décrit une espèce particulière de pyélite sous le nom de pyélite hémorrhagique. Lorsque je traiterai de la pyélite, je reviendrai sur cette espèce.

Les hémorrhagies rénales que je viens d'indiquer sont celles que M. Rayer a rangées dans son second groupe sous le nom d'hémorrhagies rénales symptomatiques de lésions des reins, et que les auteurs du Compendium ont nommées néphrorrhagie par altération des solides, en les joignant, bien entendu, aux blessures, aux plaies, etc. Elles font partie de l'ordre décrit par Pinel et par un bon nombre d'autres auteurs sous le nom d'hématuries symptomatiques.

Dans un second groupe, M. Rayer range les hémorrhagies rénales symptomatiques d'affections générales. Ces hémorrhagies ne sont donc qu'un simple symptôme d'affections souvent fort graves, et dans lesquelles nous aurons à les étudier avec soin. Mais îl est des cas où l'hémorrhagie rénale acquiert une telle violence, qu'elle est l'accident le plus important de la maladie. C'est ainsi que dans le purpiura hiemorrhagica on a vu des pertes de sang, estrayantes par leur abondance, se faire par les voies urinaires en même temps que par d'autres voies. En pareil cas, l'hémorrhagie réclame du médecin une attention toute particulière.

On voit aussi parsois des hémorrhagies plus ou moins graves survenir dans le cours de certaines varioles, ou d'autres exanthèmes fébriles de même nature; dans le cours de la sièvre jaune, etc. Je ne sais que mentionner rapidement ces saits, parce qu'en pareil cas l'hématurie n'est qu'un phénomène secondaire qui n'a de véritable importance que dans l'histoire de la maladie dans laquelle elle se produit. La condition organique de cette espèce d'hématurie est, 'suivant les auteurs du Compendium, une altération du sang constituée par la diminution de la sibrine. Il est certain que, dans les maladies que je viens d'indiquer, et dans plusieurs autres mentionnées par les auteurs, la diminution de la sibrine a été constatée par l'expérience; mais pour bien sixer notre opinion sur le cas

⁽¹⁾ Hist. phil. et méd. des hémorrk., t. 11, p. 84.

⁽²⁾ T. 111, 5 669.

particulier qui nous occupe, il serait à désirer qu'une observation très sévère vînt nous apprendre à quelle époque précise de la maladie principale se manifeste l'hématurie, et quel est le rapport de sa fréquence avec le degré de diminution de la fibrine.

Restent enfin ces hémorrhagies rénales essentielles que nous avons vues se manifester dans certains climats. On n'a point fait de recherches suffisantes pour découvrir les conditions organiques propres à ces hémorrhagies. On les a, il est vrai, désignées sous le nom d'hémorrhagies par cause dynamique; mais ce n'est là qu'un mot par lequel nous voudrions vainement masquer notre ignorance.

J'ai cru qu'il était utile d'entrer dans quelques détails sur ces conditions organiques, parce que, si nous ne trouvons pas encore dans la plupart d'entre elles des indications précises pour la pratique, on peut prévoir l'époque où, les connaissant mieux, il sera plus facile d'expérimenter les agents thérapeutiques, et l'on aura plus de chances d'arriver à un résultat utile.

§ III. — Symptômes.

On a décrit séparément l'hémorrhagie rénale observée dans nos climats, et celle qui est endémique dans certaines contrées. Celles-ci présentent, sans doute, des particularités qui méritent d'être connues; mais comme ces particularités ne dominent pas toute l'histoire de la maladie, et que j'en ai déjà fait connaître quelques unes en parlant des causes, il suffira de signaler dans le cours de cette description celles qui me restent à mentionner.

Début. Dans les hémorrhagies rénales qui ont pour cause une altération des reins, l'apparition du sang dans l'urine est souvent précédée de douleurs plus ou moins vives dans ces organes. Dans celles, au contraire, qu'on a nommées essentielles, il n'est pas rare de voir la présence du sang dans le liquide urinaire annoncer l'existence de la maladie sans que rien ait pu faire prévoir son début. Quelque fois cependant une pesanteur et un sentiment de chaleur dans la région lombaire, symptômes communs aux diverses hémorrhagies dites actives, précèdent de quelques jours le pissement de sang. Chez certains sujets affectés de cancer des reins, l'hématurie est le premier symptôme qui ait fait soupçonner la maladie.

Symptômes. Comme dans toutes les hémorrhagies dans lesquelles le sang est rejeté au dehors, l'écoulement de ce liquide est le symptôme sur lequel doit être presque uniquement fixée l'attention du médecin.

L'écoulement du sang est très variable sous le rapport de la quantité, non senlement suivant les cas, mais encore ordinairement aux diverses époques de la maladie. Quelquesois, en esset, le sang est en si petite quantité, qu'on ne le découvre pas dans l'urine au premier aspect, et qu'il faut, pour en démontrer la présence, recourir à des moyens d'exploration qui seront exposés plus loin. Quelquesois, au contraire, la quantité de sang est si énorme que les malades en rendent une ou plasieurs livres dans la journée. Ce sont ces derniers cas qui intéressent principalement le praticien. On les observe principalement chez les sujets assectés d'hémorrhagie essentielle, car lorsqu'il existe des lésions organiques évidentes, il est rare que l'hématurie ne soit pas ou saible ou modérée, et lorsqu'il en est ainsi, c'est, comme l'ont sait remarquer tous les auteurs, la maladie organique qui doit sier l'attention.

1

Il résulte de cette différence dans la quantité du sang rejeté, une différence extrême dans l'aspect des urines sanglantes. Parsois le sang est en si grande proportion, qu'on pourrait croire qu'il est rendu pur; mais cet aspect n'existe qu'au moment même de l'émission, car si on laisse reposer le liquide, on voit se déposer un sédiment formé par le sang, au-dessus duquel se trouve l'arine teinte en rouge plus ou moins foncé. On trouve ordinairement des caillots d'un volume variable dans le liquide. Ces caillots sont noirs, d'une fermeté différente suivant les cas. Ils sont parfois très considérables. « Dans les hématuries rénales abondantes, dit M. Rayer, le sang se coagule le plus souvent dans son trajet, soit dans la cavité des uretères, soit dans la vessie. Cette coagulation s'opère de manière qu'un grand nombre de globules sanguins restent enchevêtrés dans les caillots fibrineux, qui, lorsqu'ils sont expulsés au dehors, sont plus souvent noirâtres que décolorés. Cette dernière proposition nous montre que parsois des caillots sibrineux, gélatinisormes, sont rendus par les urines. Lorsque l'hémorrhagie tire à sa sin, et que les urines commencent à devenir limpides, on aperçoit quelquesois encore à l'œil nu, dans le liquide, des concrétions fibrineuses filisormes, qui parsois demandent l'emploi du microscope pour être reconnues.

La forme des caillots sanguins mérite, dans quelques cas, l'attention du médecin. Il en est qui, arrêtés dans l'uretère ou dans l'urètre, se moulent sur ces conduits et sortent avec une forme allongée qui les fait ressembler à des vers. Il saut être prévenu pour n'être pas exposé à l'erreur et croire à la sortie d'un ascaride lombricoide ou d'un strongle. C'est là ce que Winter, cité par M. Rayer, a nommé mictus cruentus vermiformis. Ce dernier auteur ajoute : « On a vu, dit-on, l'urine creuser dans leur partie moyenne ces concrétions qui, devenues tubuleuses, ont permis le passage de l'urine. »

Il peut arriver, comme je l'ai dit plus haut, qu'à la simple vue l'urine ne paraisse contenir ni globules sanguins ni caillots fibrineux, en d'autres termes, qu'elle paraisse naturelle. Si c'était là toute l'hémorrhagie, cette affection n'aurait pas par elle-même un intérêt réel pour le praticien, car ce fait ne se montre que dans des cas où la présence du sang dans l'urine n'est qu'un symptôme d'une affection plus grave qui absorbe l'attention. Mais dans les hématuries sérieuses, il y a certains moments où l'urine redevient limpide ou presque limpide, et il n'est pas indifférent, on le comprendra sans peine, de savoir si toute trace de sang a disparu, ce qui peut faire espérer la guérison, ou s'il en reste encore, quoiqu'en petite quantité, ce qui peut faire craindre un retour de l'hémorrhagie.

« A la vérité, dit M. Rayer, de telles urines ne sont jamais parfaitement transparentes comme l'urine saine, mais quelquesois elles offrent une teinte rosée si douteuse, qu'on ne pourrait assimmer qu'elles contiennent une certaine quantité de saug, ou au moins de ses principaux éléments, si l'inspection microscopique ne montrait dans ces urines un certain nombre de globules sanguins. Si l'on remplit un tube long de 5 à 6 pouces et de 10 lignes de diamètre avec ces urines, le petit nombre de globules qu'elles contiennent se précipite au sond du tube, où ils sorment un dépôt rougeatre qui surmonte les autres éléments du sédiment, et notamment le pus, lorsqu'il en existe. Dans ces urines, toujours plus ou moins chargées d'albumine, quelquesois il n'y a pas de trace de sibrine coagulée; d'autres sois on y

aperçoit à l'œil nu, et mieux à l'inspection microscopique, des filaments d'apparence fibrineuse.

".... L'urine sanguinolente se coagule par la chaleur et précipite par l'acide nitrique, et elle offre au microscope des globules d'un 120° de millimètre environ, lenticulaires, jaunâtres, paraissant avoir un noyau central, se dissolvant immédiatement dans l'acide acétique, insolubles dans l'eau et dans l'acide nitrique. Au bout d'un certain temps, ces globules deviennent irréguliers dans l'urine et quelquesois s'y décolorent.

Le même auteur a constaté que dans l'hématurie essentielle endémique de l'île Maurice, le sédiment était presque entièrement composé de sang, ou au moins de globules sanguins et d'acide urique cristallisé, et de plus il a remarqué maintes fois que dans les hémorrhagies rénales dues aux calculs rénaux et au cancer, l'urine rendue trois heures après le repas était plus chargée de sang qu'à aucune autre heure de la journée.

Il n'est pas rare de voir l'hématurie avoir lieu sans aucune espèce de douleur qui lui soit propre. Dans certains cas néanmoins, les douleurs rénales signalées au début de la maladie persistent sans qu'on en trouve d'autre cause que l'hémorrhagie rénale elle-même; et, dans d'autres, les choses se passent d'une manière qui mérite d'être mentionnée particulièrement. Des caillots peuvent s'amasser dans le bassinet, ou, étant trop volumineux pour traverser l'uretère, obstruer ce conduit La douleur est alors vive et prend les caractères de la colique néphrétique qui seront exposés plus loin. C'est surtout dans les cas de ce genre qu'on voit sortir, avec les urines, des caillots remarquables par leur décoloration plus ou moins complète, indice de leur séjour prolongé dans les voies urinaires.

Tels sont les symptômes qu'on peut regarder comme appartenant, d'une manière toute particulière à l'hémorrhagie rénale. Ceux qu'il nous reste à indiquer se trouvent dans toutes les hémorrhagies, et la plupart sont consécutifs.

Chez quelques sujets, l'écoulement de sang par les voies urinaires est précède d'un sentiment général de plénitude, de somnolence après les repas, de difficulté des digestions, d'une tendance aux palpitations, d'une plénitude du pouls plus ou moins marquée, et l'on a vu ces symptômes se dissiper après une perte de sang un peu abondante. C'est là l'hémorrhagie rénale par pléthore, qui ressemble à toutes les hémorrhagies qui se produisent dans les mêmes circonstances, quel que soit leur siège. Les cas de ce genre sont extrêmement rares dans l'hématurie, et l'on peut soupçonner bien des auteurs d'en avoir admis l'existence plutôt d'après des idées théoriques qu'en se fondant sur l'observation. Ces hématuries ont aussi été désignées généralement sons le nom d'actives.

Comme dans la plupart des hémorrhagies, l'apparition du sang peut causer une vive émotion aux malades, et de là les phénomènes nerveux décrits à propos de l'hémoptysie. Mais dans la très grande majorité des cas, l'appréhension est infiniment moins grande que dans le crachement de sang. On a bien plutôt à craindre le découragement, l'abattement, l'hypochondrie, lorsque la perte de sang & répète, et cet état moral peut ajouter encore à la gravité de la maladie.

Lorsque les pertes de sang ont été très abondantes, ou, ce qui est bien plus ordinaire, lorsqu'elles se sont reproduites fréquemment, on voit survenir les symptômes de l'anémie (1). Dans l'hématurie essentielle endémique, on voit, si les hémorrhagies sont abondantes et répétées, les sujets pâlir, devenir languissants, et parsois même, chez les enfants, le développement se ralentir. Ces derniers cas sont rares. L'ædème peut se présenter chez les sujets rendus anémiques par les hématuries rénales; mais M. Rayer a remarqué qu'il n'était pas comparable à celui qu'on observe quelquesois dans les hématuries dues au cancer de la vessie.

Hématurie rénale interne. Je n'ai parlé, jusqu'à présent, que des cas où le sang est plus ou moins facilement expulsé avec l'urine. Mais il peut arriver, comme dans les autres hémorrhagies qui ont pour siège des organes creux, que ce liquide éprouve un obstacle à sa sortie soit dans l'uretère, soit dans la vessie, et qu'il s'accumule alors dans les parties situées au-dessus de l'obstacle en causant divers accidents.

Je ne connais pas un seul cas dans lequel il soit démontré que l'hémorrhagie rénale interne a eu lieu sans que préalablement il y ait eu écoulement de sang avec les urines. Ordinairement, à une hémorrhagie externe, durant depuis un temps plus ou moins long, succède l'hémorrhagie interne, qui cesse momentanément par l'expulsion d'une assez grande quantité de sang, et se produit ensuite. Une observation recueillie par M. Danyau, et citée par M. Rayer, est un exemple de reproduction répétée de cet accident.

Lorsque l'hémorrhagie devient interne, c'est-à-dire lorsque le sang, cessant de s'écouler avec les urines, s'accumule dans le bassinet, l'uretère on la vessie, on n'observe pas ces phénomènes terribles de certaines hémorrhagies internes très abondantes, comme celles qui ont lieu dans les intestins ou l'utérus. Cela tient évidemment à ce que les hémorrhagies rénales n'ont presque jamais cette abondance extrême qui rend si promptement sunestes celles que je viens de mentionner. Le sang s'accumule avec lenteur dans les voies urinaires, et cause d'abord si peu de dérangement, que l'urine devenant limpide, des sujets ont pu se croire guéris et reprendre leurs occupations.

Mais lorsque ce liquide a distendu la cavité où il se trouve rețenu, on observe des symptômes importants à étudier. Si l'obstacle est à la partie supérieure de l'uretère, le sang s'accumule dans le bassinet et distend considérablement le rein. Il existe alors une douleur persistante dans la région rénale du côté malade; parfois cette douleur s'étend à touté la région lombaire et à la paroi antérieure de l'abdomen. A cette douleur se joint un sentiment marqué de pesanteur, et l'affection faisant des progrès, on peut, par la palpation, reconnaître l'existence d'une tumeur souvent très volumineuse. Martineau (2), cité par M. Rayer, a pu, en effet, prendre cette tumeur pour une hydropisie, et ayant pratiqué la paracentèse, il a vu s'écouler une énorme quantité de sang qui provenait du rein distendu, comme le prouva l'autopsie.

Si l'obstacle est dans un point de l'uretère plus ou moins voisin de la vessie, les choses se passent de la même manière, sauf que la partie de ce conduit située audessus se laisse distendre énormément, et peut, par là, donner une forme et une situation particulières à la tumeur.

Le sang peut s'accumuler aussi dans la vessie, et cela sans qu'il y ait même

⁽¹⁾ Voy. article Audmie, t. II.

² Med. com., vol. IX.

d'autre obstacle que la présence de caillots volumineux qui ne peuvent pas franchir l'urètre. En pareil cas, il y a tantôt rétention d'urine, tantôt issue d'une petite quantité d'urine colorée en rouge par le sang, tantôt inême émission d'une urine qui a toutes les apparences de l'état normal. Mais, quels que soient les caractères de ce liquide, on observe toujours une tension, une pesanteur, souvent même une douleur marquée vers l'hypogastre, le périnée, le rectum. Il y a de fréquentes envies d'uriner, le malade est en proie à une onxiété plus ou moins vive. La palpation et la percussion de l'abdoinen sont alors d'un grand secours; elles permettent, en effet, de reconnaître, lorsque la quantité du sang et de l'urine accumulés est considérable, la présence, à l'hypogastre, d'une tumeur globuleuse, rénitente, qui s'élève vers l'ombilic, tumeur que nous retrouverons dans la description de la rétention d'urine, où elle sera décrite avec soin.

Un écoulement considérable de sang avec l'urine sait souvent, comme nous l'avons vu plus haut, cesser tous ces accidents; mais si l'accumulation continue à se saire dans les voies urinaires, le sujet s'affaiblit de plus en plus, son pouls est saible et accéléré; la pâleur, le dépérissement augmentent avec une rapidité ordinairement assez grande, et la mort est sinon causée par cette perte interne, du moins notablement accélérée.

Urine chyleuse. Il faut donner ici la description de cet état particulier de l'urine, parce que, comme je l'ai dit plus haut, il est lié d'une manière évidente à l'hémorrhagie rénale. M. Rayer étaut le seul qui l'ait convenablement étudié, je n'ai rien de mieux à faire que de donner un extrait de ses recherches sur ce point.

- « En vingt-quatre heures, dit M. Rayer, dans un même jour, les malades rendent le plus souvent deux espèces d'urines: l'une, examinée à l'œil nu et au microscope, offre tous les caractères d'une urine sanguinolente (globules sanguins. caillots fibrineux, albumine); l'autre, qui paraît être en général formée quelques heures après la digestion, est d'un rouge pâle, et abandonnée à elle-même, elle se sépare en deux parties, dont l'une inférieure paraît sanguinolente, tandis que l'autre, supérieure, est louche et d'un blanc laiteux ou complétement opaque. Si l'on examine au microscope une certaine quantité de cette urine d'un blanc laiteux, quelquefois on n'y aperçoit ni globules sanguins, ni matière grasse en globules; d'autres fois, au contraire, on y remarque un assez grand nombre de globules jaunitres, aplatis, tout à fait semblables aux globules sanguins, se dissolvant, comme eux, dans l'acide acétique. Quant à la motière grasse, elle ne se présente pas sous forme globuleuse. Je n'ai point observé, non plus, de globules grenus de pus; mais on pourrait y en rencontrer, s'il y avait une inflammation concomitante des voies urinaires.
- » Si l'on traite par l'éther une certaine quantité de cette urine chyleuse contenant ou non des globules sanguins, elle devient, au bout de quelques heures, complétement transparente, et l'éther employé, soumis à l'évaporation spontanée sur des verres de montre, y laisse déposer une quantité considérable de matière grasse.
- L'urine ainsi débarrassée de la matière grasse, traitée par l'acide nitrique et la chaleur, donne des grumeaux ou un coagulum d'albumine.
- » Cette même urine, après la coagulation de l'albumine par la chaleur, filtrée et évaporée à consistance sirupeuse, traitée à froid par l'acide nitrique, donne un magma ou des cristaux de nitrate d'urée.

- En examinant cette urine chyleuse comparativement avec un mélange d'urine saine et du chyle rosé recueilli dans le réservoir de Pecquet, chez un cheval, l'analogie de ces deux liqueurs, de l'urine chyleuse artificielle et de l'urine chyleuse de l'homme, m'a paru des plus frappantes. Dans l'un et l'autre de ces liquides, on distinguait des globules qui offraient le caractère des globules sanguins; dans l'un et l'autre, il y avait de l'albumine et une petite quantité de fibrine; enfin tous deux contenaient une quantité considérable de matière grasse.
- Quant aux urines albumino-graisseuses, elles ressemblaient à une urine dans laquelle on aurait ajouté les éléments organiques du chyle, moins ses globules. Cette espèce d'urine chyleuse, considérée dans ses rapports avec le chyle, étail évidemment analogue aux urines albumineuses qui dérivent du sang.
- Dans un cas cité plus haut (1), et dans un autre que j'ai rapporté ailleurs (2), il a été constaté que cette espèce d'hématurie, avec urine chyleuse, coincidait avec une altération particulière du sang dont la constitution se rapprochait beaucoup de celle du chyle du canal thoracique. Des recherches ultérieures prouverant jusqu'à quel point cette liaison, que je crois probable, est constante.
- Plusieurs individus offrant cette urine chyleuse jouissaient en apparence d'une bonne santé: un seul, à ma connaissance, et dont j'ai rapporté l'histoire, était atteint d'une goutte sereine; affection tout exceptionnelle, qui ne m'a pas para avoir de liaison avec l'altération de l'urine et l'altération probable du sang. Deux des malades qui offraient une urine chyleuse étaient sujets à la goutte, et chez tous la coincidence d'une gravelle urique ou d'un sédiment d'acide urique cristallisé dans l'urine a été notée. Ce cas, et d'autres cas analogues, dans lesquels certaines dispositions morbides de la constitution se sont manifestées par des formes maladives différentes, et dans des appareils d'organes différents, appartiennent à un ordre de faits que les pathologistes et les thérapeutistes ne peuvent trop méditer. »

Je viens d'exposer les symptômes de l'hématurie rénale, suivant les diverses formes qu'elle peut présenter. Il me resterait maintenant à décrire ceux qui viennent les compliquer dans les divers cas, et qui sont dus aux maladies souvent si graves, dont l'hématurie rénale n'est ordinairement qu'une conséquence. Mais ces symptômes, tout le monde les aura présents à l'esprit quand on se rappellera que l'hématurie rénale est principalement causée par les violences extérieures, les calculs rénaux ou le cancer. J'aurai d'ailleurs occasion d'en dire un mot, lorsque dans le diagnostic je rechercherai la cause organique du pissement de sang.

SIV. - Marche; durée; terminaison de la maladie

La marche de la maladie est très variable, suivant les cas. Cependant on peut, d'une manière générale, dire que le caractère de l'hématurie rénale est de se produire à des intervalles plus ou moins longs. Les alternatives d'apparition et de cessation de l'hémorrhagie se renouvellent ordinairement un grand nombre de sois, surtout dans les affections organiques chroniques, comme le cancer du rein. Les auteurs ont rapporté plusieurs saits où, comme je l'ai dit plus haut, l'hé-

⁽¹⁾ Traité des malad. des reins, t. 111, obs. XVIII.

⁽²⁾ Recherch. sur les wrines chyleuses, laiteuses et huileuses observées en Europe (Journ. l'Expérience, p. 1, p. 037).

morrhagie rénale était succédanée d'autres flux sanguins dont le caractère est de se produire périodiquement ou presque périodiquement, comme les menstrues et certaines hémorrhoïdes. En pareil cas l'hématurie rénale est périodique, comme le flux qu'elle remplace. Il faut remarquer toutefois que, dans un bon nombre de cas cités comme exemples de cette hématurie succédanée, il n'est nullement certain que l'hémorrhagie eût sa source dans les reins.

L'hématurie essentielle, et principalement l'hématurie rénale endémique de l'île de France, se montre bien plus fréquemment que toute autre d'une manière continue et chronique. Mais encore faut-il dire qu'il y a dans l'abond nce du sang trouvé dans les urines des variations qui se produisent non seulement à divers intervalles, mais encore journellement, et qui sont parfois très considérables. On n'a point fait de recherches suffisantes pour savoir à quelle période des diverses maladies qui lui donnent lieu cette hémorrhagie est plus ou moins abondante.

La aurée de l'hémorrhagie est indéterminée dans la plupart des cas. Dans les affections organiques des reins, elle peut se prolonger jusqu'aux derniers jours de l'existence, qu'elle contribue à abréger. Lorsqu'elle est causée par des calculs, elle cesse si ces corps étrangers cessent eux-mêmes d'irriter les parties qui les renferment, mais c'est ordinairement pour se reproduire aussitôt que cette irritation recommence.

Dans l'hématurie endémique, la durée peut être de plusieurs années, et parsois l'hémorrhagie est suivie d'une excrétion d'urine chyleuse, ce qui peut être considéré comme la continuation de l'hémorrhagie, sous une autre forme.

Le caractère de l'hématurie rénale critique est de ne durer qu'un très court espace de temps : quelques jours, ou même quelques heures. Mais nous avons vu plus haut combien l'existence même de cette espèce est douteuse.

Il faut encore établir les mêmes distinctions lorsqu'on recherche la terminaism de la maladie. L'hématurie rénale symptomatique d'une affection organique peut, comme nous l'avons vu, donner la mort par elle-même; mais ordinairement elle ne fait que hâter la terminaison fatale due à la maladie principale, en jetant les malades dans un dépérissement rapide. On a vu quelques hématuries disparaître pour ne plus revenir: ce sont surtout celles qu'on a attribuées à la pléthore, et qu'on a désignées principalement sous le nom d'hématuries actives; mais, dans les cas cités, le sang provenait-il réellement des reins?

Il est rare que l'hématurie endémique se termine par la mort. Ou bien la maladie, qui s'est développée dans l'ensance, cesse après une ou plusieurs années de durée, ou bien elle se transforme en flux chyleux qui peut persister jusqu'à un ige avancé.

§ V. - Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ne doivent pas nous occuper longtemps. Lorsque le sang a trouvé une libre issue, on ne voit dans les reins qu'une simple congestion dans quelques cas; dans d'autres, ce sont des ecchymoses à la surface de ces cavités, ou bien un cancer, des calculs; ou enfin, comme dans plusieurs cas d'hémorrhagies essentielles, on ne trouve pas ces organes altérés d'une manière notable.

Parsois on trouve du sang accumulé dans le bassinet. C'est qu'alors il existe un

obstacle au cours de ce liquide, ce que l'autopsie fait reconnaître : c'est un calcul, un acéphalocyste, un simple caillot volumineux engagé dans l'uretère sans pouvoir le franchir, une tumeur comprimant ce conduit, etc. Si l'obstacle est situé dans un point inférieur de l'uretère, on trouve en outre toute la partie supérieure de ce conduit dilatée à un très haut degré. Enfin, on peut voir du sang en caillots accumulé dans la vessie.

Lorsque le sang s'est accumulé lentement dans le bassinet, il est ordinairement noirâtre et fluide, ou ne présente qu'une quantité proportionnelle de caillots peu considérable; il est parsois comme décomposé et sétide. Si l'accumulation s'est saite rapidement, les caillots sont beaucoup plus abondants.

La distension du rein, par le sang accumulé dans son intérieur, est quelquesois extrême, comme nous l'avons vu plus haut. Ce sait ne s'est présenté que lorsque l'hémorrhagie interne s'est essectuée lentement. On trouve alors l'organe aminci et transsormé en une vaste poche qui occupe une grande partie de l'abdomen.

§ VI. - Diagnostic; pronostic.

Dans les cas où le sang s'écoule librement au dehors et avec une certaine abondance, rien n'est évidemment plus sacile que de reconnaître l'hématurie. Mais l'hémorrhagie provient-elle des reins? c'est là où commence la difficulté.

Et d'abord on peut se demander si le sang n'a pas sa source dans un des uretères. Les cas sont très rares où ces conduits sont le siége d'une hémorrhagie. Cependant on en a cité des exemples, et M. Rayer en a rapporté de remarquables. Disons tout de suite que la question est insoluble dans l'état actuel de la science, et que lorsque l'hémorrhagie des uretères s'est présentée à l'observation, il a été impossible de lui assigner son véritable siège. Les cas de ce genre appartiennent à l'hématurie déterminée par un calcul; ils sont rares.

Il est moins difficile de s'assurer que le sang provient des reins et non de la vessie. Cependant il est des cas où ce diagnostic offre aussi de grandes incertitudes. Voici comment M. Rayer s'exprime à ce sujet : « Si l'on excepte le cas de fongus de la vessie, de cystite calculeuse et de tubercules de la vessie avec cystite, maladies dont le diagnostic n'ossre pas en général de grandes dissicultés, il y a peu de cas dans lesquels on puisse supposer que le sang rendu avec l'urine est fourni par la vessie. Cependant on voit des hématuries provenant des reins simuler des hématuries provenant de la vessie, et vice versa. J'ajoute que, lorsque l'hématurie est vésicale, elle est bien rarement essentielle, et qu'elle est presque toujours précédée des symptômes propres à d'autres maladies de la vessie, à la cystite simple ou calculeuse, au cancer, etc. Cependant on a cité quelques cas d'hématurie remplaçant un flux hémorrhoïdal, et dans lesquels la douleur et les principaux accidents paraissaient circonscrits dans l'hypogastre. » On voit que ce diagnostic est vague, mais il serait dissicile de le préciser davantage. Ce qu'il faut remarquer d'une manière générale, c'est que les troubles fonctionnels et les symptômes locaux, soit des reins, soit de la vessie, sont d'un grand poids quand il s'agit de déterminer la véritable source du sang, mais que, dans quelques cas, ces signes eux-mêmes sont trompeurs. J'aurai, du reste, occasion de revenir sur ce diagnostic quand j'aborderai les affections de la vessie.

Dans les hémorrhagies du rein, le sang ne sort pas pur, ainsi que nous l'avous vu plus haut; c'est là ce qui les distingue principalement des hémorrhagies wétrales, dans lesquelles d'ailleurs le sang s'écoule en bavant, sans efforts d'excrétion urinaire. On peut encore, s'il reste quelques doutes, introduire une sonde dans la vessie; l'urine sort claire, et les premières gouttes seulement sont teintes par le sang qui a pu pénétrer dans la sonde au moment où elle a franchi l'urètre.

Lorsque le sang provenant des reins est en très petite quantité, on peut, comme je l'ai déjà fait remarquer, méconnaître l'existence de la maladie. Cependant on arrive assez facilement au diagnostic par les moyens que j'ai indiqués en décrivant les symptômes. D'ailleurs ce n'est que dans les cas où il y a eu déjà une hématurie facilement appréciable qu'on est intéressé à s'assurer s'il existe encore une certaine quantité de sang dans les urines.

Enfin la rétention du sany dans les cavités urinaires, l'hémorrhagie interne, peut être diagnostiquée à l'aide de renseignements exacts qui nous apprennent que le malade a eu une ou plusieurs hématuries, et en tenant compte des symptômes locaux, de l'affaiblissement et du dépérissement des malades. La pesanteur, la douleur, la tumeur dans la région des reins, indiquent que cet organe est le siège de la rétention. Des symptômes semblables, ayant leur siège dans l'hypogastre, font reconnaître que l'accumulation du sang se fait dans la vessie, et le cathétérisme vient encore aider au diagnostic.

Il est, comme on voit, à désirer qu'un observateur s'occupe spécialement de ce sujet, pour faire cesser, s'il est possible, le vague et l'incertitude d'un diagnostic aussi important.

§ VII. - Traitement.

Le traitement de l'hémorrhagie rénale a été presque toujours exposé, sans distinction suffisante des divers cas, dans des articles consacrés à l'hématurie en général; et s'il est quelques travaux entrepris sur l'hématurie ayant sa source dans le rein, on peut dire qu'ils manquent complétement de précision. Il est nécessaire de se rappeler, lorsqu'il s'agit de combattre l'hémorrhagie rénale, les principales divisions que nous avons admises.

1° Supposons d'abord une hémorrhagie du rein non accompagnée des symptomes locaux d'une affection organique de cet organe, et qu'on peut regarder comme essentielle. Si le sujet est fort, s'il a présenté les signes qui précèdent les hémorrhagies auxquelles on donne le nom d'actives, il est généralement recommandé de ne pas s'opposer trop tôt à l'écoulement du sang. Tout le traitement consiste alors en certaines précautions bien simples, et qu'on retrouve dans toutes les hémorrhagies. Ce sont les suivantes.

PRÉCAUTIONS A PRENDRE DANS UN CAS D'HÉMORRHAGIE RÉNALE MODÉRÉE.
SANS SIGNES DE LÉSIONS ORGANIQUES, ET CHEZ UN SUJET VIGOUREUX.

L'appartement doit être tenu à une température modérée. Le malade doit garder le repos dans la position horizontale. Prendre quelques lavements émollients, pour s'épargner les essorts de garde-rube. Se soumettre à un régime doux et léger. Tels sont, avec quelques boissons adoucissantes, les moyens bien simples qu'on oppose à l'hémorrhagie.

2º Il n'est pas un seul des cas indiqués jusqu'à présent qui, dans certaines circonstances, ne puisse présenter une de ces hémorrhagies extrêmement abondantes qui par elles-mêmes peuvent causer la mort. Ces cas fort rares se sont principalement montrés dans l'hématurie essentielle, chez des sujets présentant une tendance aux hémorrhagies, qui a fait donner à ces affections le nom de constitutionnelles, et dans celles qui ont pour cause les maladies organiques des reins. Quelle que soit, du reste, cette cause, on doit agir de la même manière, et mettre en usage les moyens indiqués contre les grandes hémorrhagies (1). Ce sont : l'application de l'eau froide, de la glace; les boissons froides, acidulées, etc.

Le lieu dans lequel doivent être faites les applications froides doit être le plus voisin possible du siège du mal. Ainsi, dans l'hémorrhagie dont nous nous occupons, c'est sur les lombes, sur les flancs qu'il faut les faire. Cependant on a vu quelquesois les injections dans le rectum, et même dans la vessie, avoir un esset plus prompt. Pour les lavements, on prend de l'eau très froide à laquelle on ajoute une petite quantité de vinaigre, et dans la vessie on injecte de l'eau avec addition d'une saible proportion d'acétate de plomb. La température de l'appartement doit être plus basse, et le repos plus complet encore que dans le cas précédent.

- 3º Si l'hémorrhagie est peu considérable, mais se reproduit à de courts intervalles, elle peut occasionner l'anémie et un dépérissement assez rapide. C'est dans les cas de ce genre qu'on a recommandé les astringents, les antihémorrhagiques, tels que le ratanhia, le tannin, le seigle ergoté, etc.; les toniques, et en particulier le quinquina, les ferrugineux; mais comme l'administration de ces remèdes ne présente rien de particulier, ce serait tomber dans des redites inutiles que d'entrer à ce sujet dans de plus grands détails. On fera facilement aux différents cas l'application de ces moyens tels qu'ils sont exposés dans l'histoire des hémorrhagies précédemment indiquées.
- 4° M. Rayer a exposé dans un résumé le traitement opposé à l'hémorrhagie endémique de l'île de France; je lui emprunte les détails suivants : « Abandonnée à elle-même (méthode expectante), cette hémorrhagie habituelle, compliquée ou non de gravelle, guérit spontanément, sans émigration, au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années, lorsqu'elle n'est pas assez abondante pour détériorer la constitution....
- » A l'île de France ou sur le continent, la saignée, combinée avec l'administration des boissons acidulées, avec l'emploi du ratanhia et l'aide du repos, a suspendu pour quelque temps l'hémorrhagie.
- Mais les émissions sanguines, quelques ois nécessaires au début de cette hématurie, ou dans son cours en quelques cas exceptionnels, sont formellement contre-indiquées dans une soule de cas où des pertes de sang répétées ont détérioré la constitution..... Lorsque les ensants sont devenus pâles et languissants après ces sortes d'hémorrhagles, les préparations serrugineuses sont utiles; les bons essets de ces préparations sont favorisés par une nourriture substantielle et un exercice modéré.

⁽¹⁾ Voy. Epistaxis; Hémoplysie, etc.

- Des individus atteints de ce pissement de sang, ayant contracté une blennorrhagie, le copahu, employé contre cette dernière affection, en a non seulement procuré la guérison, mais encore celle de l'hématurie.
- Lorsque l'hématurie endémique de l'île de France est compliquée de gravelle d'acide urique, il faut associer aux moyens précédemment indiqués les poudres et les boissons a'culines [1], jusqu'à ce que le dépôt de l'urine, abandonnée à ellement, ne contienne presque plus d'acide urique cristallisé.....
- Lorsque cette hématurie résiste aux moyens précédemment indiqués, l'émigration est le meilleur moyen que l'on puisse conseiller pour faire cesser la maladie... En effet, il a suffi à quelques individus de quitter l'fle de France et de venir habiter en Europe un properé, sans s'assujettir à aucun remède, pour obtenir la quérison de leur hématurie. Il est vrai que, chez plusieurs colons, la guérison n'a tet que temperaire; la maladie s'est déclarée de nouveau peu de temps après leur retour à l'île de France, ou bien ils ont présenté une autre altération de l'urine (urine chyleuse, ou urine albumineuse et graisseuse). Il faut même reconnaître qu'un voyage en France n'est pas un moyen infaillible; la maladic a continué sans être sensiblement modifiée par le changement de climat, mais alors aussi la plupart des remèdes ont échoué, ou l'amélioration s'est déclarée si tardivement et si obmurément, que les causes en sont restées indéterminées.

cien moyens, auxquels les médecins du Brésil ajoutent les bains froids salés, et auxtout les bains de mer, ne dissèrent guère, comme on le voit, de ceux qu'on emploie dans tous les pays contre les diverses hémorrhagies. Il faut néanmoins noter avec soin cet esset du copahu dans quelques cas, car le médecin est autorisé par les salts à administrer cette substance contre l'hématurie elle-même, et il est permis d'en attendre de bons résultats.

- 5° Si l'hématurie était accompagnée de douleurs plus ou moins vives dans la région rénale, avec des symptômes d'excitation, et surtout s'il existait une véritable néphrite, lésion qui a été regardée à tort comme coïncidant fréquemment avec l'hématurie, il faudrait insister sur les moyens indiqués à propos de l'hémature essentielle, et de plus pratiquer des émissions sanguines plus ou moins abondantes, selon la force du sojet. Ces émissions sanguines, nous les avons vues déjà employées dans l'hématurie endémique de l'île de France.
- 6° S'il existait une rétention du sang dans la cavité des reins, de l'uretère ou de la vessie, on devrait d'abord chercher à faire disparaître l'obstacle qui s'oppose au libre écoulement du sang; puis calmer par les adoucissants et les opiacés les accidents de colique néphrétique qui accompagnent souvent cet état. Enfin les sangsues sur la région lombaire, les ventouses scarifiées, seraient appliquées dans les but de faire disparaître l'irritation et la douleur locale qui résultent de l'accomulation du sang dans les organes. Quand c'est dans la vessie que ce liquide s'est accumulé, on peut par des moyens mécaniques donner issue à la masse sanguine congulée qui obstrue cet organe; mais comme j'aurai à exposer ce moyen de traitement lorsqu'il s'agira de l'hématurie vésicale, j'en renvoie les détails à l'article consacré à cette affection.

^{11.} J'exposerat en détail ce traitement dans l'article consacré aux calcule rénaux.

ARTICLE IL

PYÉLITE.

M. Rayer est le premier qui ait distingué nettement l'inflammation des bassinets et des calices de celle de l'affection rénale; il ne faut pas croire néanmoins que cette maladie fût inconnue jusqu'à lui; car c'est précisément celle qui a été décrite par tous les auteurs sous le nom de néphrite, et en particulier de néphrite calculeuse.

M. Rayer a donc fait faire un progrès à la pathologie, en établissant cette distinction, qui ne manque pas d'importance. Mais peut-être ne l'a-t-il pas poussée assez loin; car voici comment il me semble que doit être envisagée l'étude des afsections qui ont pour siège la cavité rénale, et qu'il nous reste encore à traiter.

La pyélite simple peut exister. M. Rayer en a cité des exemples, et l'on en trouve quelques uns dans divers auteurs. Mais le plus souvent cette affection est liée à la présence de calculs plus ou moins volumineux ou plus ou moins nombreux dans le calce et le bassinet : or les accidents qu'on observe alors ne tiennent évidemment pas tous, il s'en faut, à l'inflammation des parois de ces cavités; il en est qui sont dus au simple déplacement des calculs, et qui peuvent même précéder toute inflammation. Il en résulte qu'on doit étudier d'abord la pyélite indépendamment des accidents de colique néphrétique qui se produisent dans son cours, ou que du moins ceux-ci ne doivent être présentés que dans un rang secondaire; puis on doit étudier les calculs rénaux, la gravelle, qui peuvent exister indépendamment de la pyélite; et comme accident dû à la présence de ces productions morbides, la colique néphrétique, qui ayant également d'autres causes que nous avons déjà signalées, peut parfaitement être considérée comme une affection particulière. Si l'on se rappelle la manière dont j'ai présenté les affections du foie, on verra que c'est la marche que j'ai suivie dans l'exposition des lésions des voies biliaires.

Dans son historique sur la pyélite, M. Rayer s'est attaché à prouver que si la connaissance des calculs rénaux et celle de l'existence de collections purulentes dans les reins remontent à la plus haute antiquité, ce n'est réellement que dans ces derniers temps que les altérations produites par les calculs dans les bassinets et les calices, et par suite dans la substance rénale, ont été exactement appréciées. Il est certain que, jusqu'à une époque très voisine de nous, et, on peut le dire, jusqu'à M. Rayer lui-même, on a considéré l'inflammation qui résulte de la présence des calculs dans la glande rénale comme occupant la substance de cette glande, sans établir de distinction entre les parois des bassinets et les autres parties des reins. Cependant il n'est pas douteux que plusieurs auteurs n'aient parfaitement compris que la cavité de l'organe pouvait être non seulement envahie la première par l'inflammation, mais encore exclusivement. Mais c'est ce qu'il faut rechercher dans les faits et non dans le langage, car jusqu'à M. Chomel (1), c'est toujours une néphrite qu'on a vue dans les cas où les calculs des reins avaient déterminé l'inflammation.

Je ne crois pas devoir présenter ici un bistorique de cette maladie, tâche qui me serait cependant bien facile, puisque M. Rayer nous en fournit tous les matériaux. Je me contenterai seulement de dire que la connaissance de l'inslammation

⁽¹⁾ Arch, gén. de méd.

des reins remonte à la plus haute antiquité, car on en trouve déjà des indications dans Hippocrate, et que Rufus, Galien, Arétée, etc., donnent la description des abcès que déterminent les calculs.

§ I. — Définition; synonymie; fréquence.

On donne le nom de pyélite à l'inflammation des calices et des bassinets, qu'elle ait été produite par la présence de corps étrangers, qu'elle soit le résultat de l'extension de l'inflammation d'un autre organe, ou qu'elle se soit produite spottanément.

C'est cette maladie qui a été décrite, comme j'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion de le dire, sous le nom de néphrite, d'abcès des reins, etc. Toutefois il ne saut pas croire que tous les saits rapportés sous ces dissérents noms doivent être regardés comme de simples pyélites; il en est, en esset, dans lesquels l'instammation avait réellement pour siège la substance rénale, et d'autres où l'instammation des bassinets et des calices s'était étendue à cette substance. On ne doit donc pas voir dans les anciennes dénominations une sausse appréciation de la maladie, mais seu-lement une consusion de plusieurs états pathologiques distincts.

La fréquence de la pyélite est très dissérente, suivant que l'on considère la pyélite simple indépendante de tout corps étranger, ou celle qui a pour cause la présence d'un corps étranger quelconque. La première est relativement fort rare; cependant il en est une espèce qui, suivant M. Rayer, serait beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit communément : c'est la pyélite blennorrhagique. Nous reviendrons sur ce point en parlant des causes.

§ II. — Causes.

Les causes de la pyélite sont presque identiquement les mêmes que celles que nous avons assignées à la néphrite; et on le conçoit facilement, puisque la plupart des auteurs n'ont pas fait de distinction entre ces deux maladies. Il me suffira, par conséquent, de les rappeler rapidement ici, en y ajoutant quelques particularités propres à la maladie qui nous occupe.

1º Causes prédisposantes.

Relativement à l'ûge, il n'y a rien à changer à ce que j'ai dit à l'article Néphrite: la pyélite simple est presque inconnue chez les enfants, et toutes les espèces de pyélites sont beaucoup plus fréquentes dans l'âge adulte et dans la vieillesse que dans les premières années de la vic.

D'après presque tous les auteurs, le sexe masculin est beaucoup plus exposé à cette affection, et les faits confirment cette manière de voir. Nous n'avons pas de renseignements exacts sur l'influence de la constitution, du tempérament, des climats, et quant aux autres causes prédisposantes, nous ne pourrions que nous livrer à des conjectures à leur sujet.

2º Causes occasionnelles.

La pyélite peut résulter d'une violence extérieure, comme la néphrite; mais ce sont les plaies pénétrant jusqu'au bassinet qui lai donnent le plus fréquemment lieu : et c'est là la pyélite traumotique.

De toutes les pyélites, il n'en est certainement pas de plus fréquente, à beaucoup près, que celle qui a pour cause la présence des calculs rénaux dans les calices et le bassinet. M. Rayer l'a décrite sous le nom de pyélite calculeuse; c'est la néphrite calculeuse des autres auteurs. Les autres corps étrangers, comme les acéphalocystes, le strongle, donnent lieu à une pyélite qu'on peut rapprocher de celle-là.

La distension des cavités rénales par l'urine et par le pus est une cause bien plus fréquente de pyélite que de véritable néphrite.

On peut appliquer à la maladie qui nous occupe tout ce que j'ai dit relativement à l'influence des substances ingérées sur la production de la néphrite simple (1). Les diurétiques, la térébenthine, paraissent néanmoins devoir agir plus activement sur les membranes du calice et du bassinet, que la substance rénale elle-même; c'est ce que semble indiquer leur action sur la vessie. Ce n'est là toutesois qu'une conjecture.

Il n'en est pas de même des cantharides, dont l'action est évidente. M. Bouillaud (2) a, en effet, rapporté des cas dans lesquels l'application de vésicatoires sur des ventouses scarisiées a produit une pyélite avec albuminurie de plus ou moins longue durée. Chez un sujet qui a succombé, il a trouvé la surface interne des calices, des bassinets et des uretères ensiammée avec production de sausses membranes.

L'extension de l'inflammation de la vessie et des uretères aux reins a été également observée, et à ce sujet il faut faire une remarque importante: « Dans le cours de la blennorrhagie, dit M. Rayer, et surtout après sa brusque suppression, il survient, et moins rarement que ne le pensent la plupart des praticiens, une inflammation légère; mais rebelle, de la membrane muqueuse de la vessie, inflammation qui, des uretères, se propage jusqu'au bassinet, et s'accompagne de douleurs rénales. » Il est fâcheux que M. Rayer ne nous ait pas donné d'une manière toute spéciale l'histoire de ces pyélites, car on peut élever quelques doutes sur la fréquence, non de l'inflammation vésicale consécutive à blennorrhagie, puisqu'elle est connue de tout le monde, mais de l'extension de cette inflammation au bassinet, ce qui est moins généralement reconnu : c'est là, au reste, ce que cet auteur a appelé pyélite blennorrhagique.

§ III. — Symptômes.

Que l'on ait décrit la maladie qui nous occupe sous le nom de néphrite, ou que, comme M. Rayer, on lui ait assigné celni de pyélite, on n'a pas moins toujours exposé, en même temps que les symptômes qui la caractérisent, ceux qui appartiennent à la présence des calculs par laquelle elle est si fréquemment produite. Je ne crois pas que cet exemple doive être imité. D'une part, en effet, ainsi que je l'ai dit plus haut, les accidents causés par les calculs, et qui constituent la colique néphrétique, peuvent exister indépendamment de toute inflammation, et, de l'autre, cette inflammation peut avoir lieu sans ces accidents, non seulement dans la pyélite simple, où la chose est évidente, mais encore dans la pyélite produite par des corps

(2) Rev. méd.-chir. de Paris, Janv. et fév. 1848.

⁽¹⁾ Voy. article Néphrite simple aiguë. — Bulletin de l'Acad. de médecine; Paris, 1847, t. XII, p. 744, 779, 812.

étrangers; en d'autres termes, l'inflammation est incapable par elle-même de produire la colique néphrétique. Voyons donc ce qui lui appartient en propre.

Début. Nous ne connaissons que très imparsaitement le début de la pyélite simple indépendante de la présence des corps étrangers. Quant à la pyélite calculeuse, elle a ordinairement cela de remarquable, qu'elle succède à une attaque plus ou moins violente de colique néphrétique. Cependant nous connaissons un grand nombre de cas dans lesquels l'instammation des bassinets, du calice, et consécutivement de la substance rénale, a été produite par des calculs sans colique néphrétique: des douleurs sourdes dans la région lombaire, plus vives ensuite, et les altérations de la sécrétion urinaire qui scront exposées plus loin ont été, en pareil cas, le premier signal de maladie. Il en est de même lorsque d'autres corps étrangers, comme les vers rénaux, sont la cause de l'affection.

Symptômes. Dans la description des symptômes, il saut établir une distinction importante entre la pyélite aiguë et la pyélite chronique.

1° Pyélite aiguë. La pyélite aignë se montre plus fréquemment à l'état simple qu'à l'état compliqué, du moins si l'on n'a égard qu'aux cas dans lesquels l'affection reste aiguë pendant tout son cours; car il n'est pas douteux que la plupart des pyélites produites par des corps étrangers, et dont la marche, à une certaine époque, devient essentiellement chronique, ne se présentent d'abord avec tous les caractères d'une maladie aiguë.

Dans la pyélite simple aiguë, la douleur rénale est ordinairement médiocrement vive. Celle qui est produite par un corps étranger autre que les calculs n'est pas non plus remarquable par sa violence; c'est souvent une simple gêne avec des exacerbations plus ou moins fréquentes. Enfin, lorsque les calculs ont produit la maladie, il faut bien prendre garde de regarder comme un symptôme de la pyélite ce qui est dû au déplacement des calculs et à l'irritation qui en résulte dans les parois enflammées. Ce qui le prouve, c'est que, après la première attaque de colique néphrétique, lorsque le calcul s'est établi dans le bassinet et y a détermisé une inflammation suppurative, il est ordinaire de voir la douleur uon pas augmenter, comme cela devrait être si l'inflammation en était la cause, mais au contraire diminuer notablement.

Il est en outre une remarque qui s'applique à toutes les pyélites produites par des corps étrangers, c'est que très souvent ces corps obstruent les voies urinaires, donnent lieu à l'accumulation de l'urine et du pus dans les parties supérieures, à la distension du rein, et par suite à des douleurs indépendantes de l'inflammatios, puisque, dans des circonstances semblables, on les verrait se montrer sans elle.

C'est encore la même réflexion qu'il saut saire relativement à la suppression de la sécrétion urinaire. Ce n'est pas à la pyélite qu'il saut l'attribuer, mais aux corps étrangers qui ont donné naissance à l'une et à l'autre. Ce sont donc d'autres caractères qu'il saut rechercher dans la sécrétion de l'urine.

Parmi ces caractères, les deux plus importants, sans contredit, sont la présence du mucus et du pus dans le liquide urinaire. Les auteurs, il est vrai, ont dit que l'hématurie était un des premiers symptômes qui annoncent la maladie; mais si l'on examine les cas de pyélite simple et ceux dans lesquels, quoique produite par la présence de corps étrangers, cette maladie ne se présente qu'ayec les symptômes

qui lui sont propres, on voit que l'hématurie n'est qu'un accident semblable à ceux que nous venons de mentionner.

Lorsque le mucus est devenu plus abondant qu'à l'état sain, on s'en aperçoit aux caractères suivants: Au moment de l'émission de l'urine, il donne à ce liquide un aspect louche; puis, lorsqu'il s'est rassemblé au fond du vase, il se présente sous la forme d'un sédiment un peu filant plus ou moins abondant, et de couleur opaline. Entre le moment de l'émission et celui du repos complet, il forme des focons légers, demi-transparents, ou un nuage blanc avec une teinte brillante, qui restent quelque temps en suspension. Cette quantité anormale de muçus due à l'inflammation, et à laquelle on donne le nom de muco-pus, ne peut être distinguée du pus par l'inspection microscopique de ses globules; mais si on le traite par l'éther, il ne donne jamais de traces aussi évidentes de matière grasse que le pes (Rayer).

Lorsque, dit M. Rayer, une certaine quantité de pus est déposée dans l'uring à la suite d'une inflammation de la membrane muqueuse des voies urinaires.... la liqueur est trouble, blanchâtre ou lactescente au moment de l'émission. Recueillie dans un vase transparent, et abandonnée à elle-même, elle se sépare bientôt en deux couches: l'une supérieure, transparente ou légèrement trouble, ayant la teinte du petit-lait ou de l'urine foncée en couleur; l'autre inférieure, formée par un dépôt opaque, ordinairement d'une couleur blanche mate, laiteuse, presque semblable à celle de la cire, ou légèrement jaunâtre. Le niveau de cette couche purulente est bien tranché et ne se fond pas avec la dernière couche de l'urine qui la surmonte. » Si l'on place une goutte de pus sur une lame de verre et qu'on y verse un peu d'éther, la matière grasse est dissoute et reste apparente sur le verre après l'évaporation; c'est là, je le répète, le principal caractère qui distingue le pus du mucus.

Un certain mouvement fébrile, et par suite un trouble au moins marqué, dans quelques cas, des principales fonctions, complètent le tableau de la pyélite simple aigué, maladie encore mal étudiée.

2° Pyélite calculeuse aiguë. Si on lit attentivement la description donnée par M. Rayer de cette espèce de pyélite, on voit, qu'abstraction faite des accidents de colique néphrétique causés par la présence des calculs, la maladie ne diffère de celle que je viens de décrire que par sa plus grande intensité. Ses principaux caractères sont toujours la douleur rénale et la présence dans l'urine d'abord du muco-pus, puis du pus en plus ou moins grande abondance. Les symptômes généraux sont en rapport avec les douleurs causées par les calculs et avec le degré de l'inflammation. Les choses se passent de la même manière dans les pyélites dues à d'autres corps étrangers.

ll ne paraîtra pas étonnant à ceux qui ont bien compris ma manière d'envisager les affections de reins, que je traite en si peu de mots une maladie à laquelle les auteurs ont, sous des noms divers, consacré un si grand nombre de pages. Ils savent, en effet, que tous les détails nécessaires seront donnés dans les articles Gravelle, Calculs rénaux, Colique néphrétique, Rétention de l'urine et du pus dans le rein.

3° Pyélite chronique. La pyélite simple chronique est une maladie qui, si elle s'est montrés quelquesois à l'observation, n'a été du moins que très rarement indiquée,

Il n'en est pas de même de la pyélite calculeuse chronique, qui accompagne presque toujours les concrétions urinaires dont le rein est le siège.

4° La pyélite calculeuse chronique, dont la description peut s'appliquer, avec de très légères nuances, à l'inflammation du bassinet causée par la présence des vers rénaux, débute souvent par les symptômes de la pyélite aiguë, accompagnés de ceux de la colique néphrétique. Au bout d'un temps variable, ces symptômes paraissent s'amender, mais la santé ne se rétablit pas complétement, il reste dans le rein une douleur sourde, et l'urine contient toujours une certaine quantité de pus. Puis surviennent le dépérissement, l'amaigrissement, la fièvre hectique, indices de la destruction du rein, et le malade finit par succomber épuisé, qu'il se forme on non un abcès dans la région rénale.

5° Abcès rénaux. C'est surtout lorsque des calculs volumineux et nombreux ont occasionné dans le rein une inflammation prolongée, qu'on voit survenir les abcès qui, après avoir envahi une grande partie de l'organe, se vident dans les voies urinaires, en rendant bien plus considérable la quantité de pus dans l'urine, ou s'étendent vers les parois lombaires, par lesquelles ils ont de la tendance à s'ouvrir une issue, ou ensin occasionnent la persoration d'autres cavités (intestin, estomac, poumons, péritoine).

Les abcès qui deviennent manisestes du côté de la région lombaire se produisent ordinairement de la manière suivante : un ou plusieurs calculs déterminent l'inflammation de la substance rénale; celle-ci sinit par se détruire et par leur livrer un passage suffisant pour qu'une de leurs aspérités irrite le tissu cellulaire environnant; ce tissu s'enslamme et suppure, les reins continuent à se désorganiser, et au bout d'un certain temps le calcul est à nu dans le tissu post-rénal.

Je ne m'étendrai pas sur la description de ces abcès produits par les calculs; ils intéressent beaucoup plus le chirurgien que le médecin. Je ferai seulement remarquer qu'ils ne diffèrent pas sensiblement, pour leurs symptômes et leur marche, de ceux que j'ai décrits à l'occasion de la néphrite simple, et des tumeurs acéphalocystiques; seulement ils ont ceci de particulier, que l'hématurie, la colique néphrétique, la présence de graviers dans les urines, ont précédé leur apparition. Ce sont donc des circonstances qu'il ne saut pas perdre de vue.

Lorsque la rupture de l'abcès contenant des calculs se sait dans les autres organes indiqués, c'est la sortie de ces calculs par une voie insolite qui est le symptôme capital. C'est ainsi qu'on a vu des calculs rendus par les vomissements et par les selles. Quand la rupture se sait dans le péritoine, elle donne lieu à une péritonite suraigué et mortelle.

Il est une autre lésion qui a une grande analogie avec les abcès et qui mérite de fixer un instant notre attention : je veux parler de la rétention du pus dans le bassinet, d'où résulte une accumulation souvent très considérable de ce liquide et la distension du rein.

Cette rétention a des symptômes analogues à ceux de la rétention de l'urine ou hydronéphrose, que je décrirai plus tard. C'est pourquoi je n'entrerai pas ici dans de très grands détails.

Si, dans le cours d'une pyélite causée par un corps étranger, celui-ci obstrue plus ou moins l'uretère, l'urine et le pus s'accumulent au-dessus et produisent les accidents suivants: quand l'obstruction est complète, l'urine, précédemment purulent.

vient claire; la douleur rénale se produit ou augmente si elle existait; une tumeur ordinairement bosselée est sentie, en palpant l'abdomen, au-devant du rein malade. Quelques malades ont dit avoir senti le bruit de collision causé par les calculs contenus dans la poche purulente lorsqu'ils faisaient des mouvements. Bientôt la fèvre s'allume, il survient des vomissements, et cet état peut se terminer de trois manières. 1° Assez fréquemment, l'obstacle étant chassé, l'amas purulent se fait jour par les conduits urinaires, et une grande quantité d'urine fortement purulente est rendue en peu de temps. 2° Quelquefois, l'obstacle persistant, les accidents deviennent de plus en plus graves, et le malade succombe épuisé ou avec des symptômes cérébraux. 3° Bien plus rarement il y a rupture de la poche purulente dans une des cavités précédemment indiquées, ou dans le tissu cellulaire post-rénal, et alors les choses se passent comme dans les cas d'abcès de la substance rénale et du tissu environnant.

§ IV. - Marche; durée; terminaison.

La marche de la maladie est rapide, à l'état aigu, surtout lorsque la pyélite est causée par un calcul. L'inflammation disparaît avec la plus grande promptitude dès que la cause cesse d'agir. La pyélite chronique peut marcher très lentement; mais il est ordinaire de voir les accidents de l'état aigu se reproduire fréquemment avec une grande violence, ce qui tient à ce que la maladie étant le résultat ordinaire de la présence des calculs, le moindre déplacement de ceux-ci peut produire les plus graves symptômes.

La durée de la pyélite aiguë peut être très courte, par la raison que je viens d'indiquer; celle de la pyélite chronique est ordinairement longue. La pyélite aiguë se termine par la guérison lorsqu'elle est simple, ce qui est rare. D'après M. Rayer, la pyélite qu'il nomme blennorrhagique serait souvent rebelle au traitement. Lorsque la pyélite est due à la présence d'un calcul ou d'un autre corps étranger, elle se termine promptement par la guérison si ce corps étranger est expulsé; dans le cas contraire, elle passe presque toujours à l'état chronique. M. Rayer a parlé d'une terminaison de la pyélite par gangrène, et il en a fait une espèce sous le nom de pyélite gangréneuse; mais cette gangrène ne se montre que dans des cas où il existe d'autres maladies très graves, dont la gangrène du rein n'est que la conséquence.

§ V. — Lésions anatomiques.

Dans les cas où les malades succombent avec une pyélite simple aiguë, ce qui arrive dans diverses maladies et dans certains empoisonnements, on trouve après la mort la rougeur, l'épaississement, la friabilité de la membrane qui tapisse le bassinet, et dans l'intérieur de cette cavité, une quantité plus ou moins grande de matière purulente ou de muco-pus mêlé à l'urinc. Les mêmes lésions caractérisent la pyélite chronique, sauf que la rougeur est ordinairement obscure et que la matière purulente est plus abondante. On trouve, en outre, la désorganisation du rein, sa perforation, sa suppuration due à l'action des corps étrangers, cause habituelle de cette espèce de pyélite. Il n'est pas rare, comme on le sait, de trouver un ou plusieurs calculs dans la vessie en même temps que dans les reins, et il est arrivé fréquemment que les malades qui se trouvaient dans ces conditions ont succombé après l'opération de la taille. Cette simple indication des lésions est suffisante.

§ VI. — Diagnostie; promostic.

Nous avons vu que les seuls signes auxquels on peut distinguer une pyélite simple eigué d'une néphrite simple étaient la sécrétion du mucus et du pus et la présence de ces matières dans l'urine. On la distingue de la pyélite causée par un calcul, à l'absence de l'hématurie, des symptômes de la colique néphrétique et des graviers dans l'urine.

Les points de ressemblance de la pyélite avec le lumbago, les névralgies lombaires, la carie des vertèbres, le psoîtis, etc., me paraissent trop peu nombreux et trop faibles pour qu'on doive, à l'exemple de M. Rayer, établir entre ces maladies un diagnostic détaillé.

Lorsqu'il existe une poche purulente sormée par la rétention du pus, on peut consondre la maladie avec quelques autres qui ont leur siège dans le même point; ce sont les divers abcès qui se sorment aux environs des lombes par suite de l'in-flammation du tissu cellulaire post-péritonéal, de la carie des vertèbres, etc. On a même pensé qu'un anévrysme de l'aorte descendante pourrait donner lieu à l'erreur. Les coliques néplirétiques, l'expulsion des graviers, l'hématurie, la présence du pus dans l'urine, sont les principaux signes à l'aide desquels on peut distinguer la pyélite calculeuse, dans laquelle se produit le plus souvent la rétention du pus.

Le diagnostic est plus difficile entre cette rétention purulente et la rétention de l'urine dans le rein ou hydronéphrose. Voici comment M. Rayer établit ce diagnostic : • Dans les deux cas, la tumeur formée par le rein dilaté est ordinairement bosselée, fluctuante, mate à la percussion, et accompagnée d'un élargissement de la région lombaire. Mais les tumeurs formées par l'accumulation du pus dans la cavité du bassinet et les calices sont le siège de douleurs plus ou moins vives, au moins de temps à autre ; elles sont souvent accompagnées d'un mouvement fébrile, et si elles sont indolentes, elles deviennent ordinairement douloureuses par une légère pression ou dans certains mouvements du tronc. Dans l'hydronéphrose, au contraire, la tumeur est indolente et n'apporte d'autre incommodité que celle qui résulte de son volume. Ensin, lorsque la communication entre la poche formée par le rein distendu et l'uretère n'est pas complétement interrompue, l'orine, dans la pyélite avec tumeur, est purulente et opaque, tandis que, dans l'hydronéphrose, elle ést ordinairement transparente ou seulement obscurcie par du mucus. •

Je n'ai pas rangé parmi les maladies des reins les abcès sormés dans la région lombaire autour de cet organe, et que M. Rayer décrit sous le nom de périnéphrite. C'est une affection purement chirurgicale dont je n'ai pas cru devoir donner la description. Mais relativement au diagnostic, elle nous présente quelque intérêt, et voici comment l'auteur que je viens de citer traite cette question dissicile.

Après avoir distingué l'amas de pus dans le bassinet de l'hydronéphrose, il ajoute: « Il est plus difficile de distinguer la tumeur formée par une collection purulente dans la cavité du bassinet, des abcès situés dans le tissu cellulaire qui environne le reiu (périnéphrite), soit que ces abcès soient survenus à la suite d'une contusion, soit qu'ils aient été déterminés par le passage du pus ou de l'urine à travers une fistule rénale, consécutive à une inflammation du bassinet ou du rein. Au reste, il est à noter que, dans le cas d'une tumeur formée par une sollection de pas dans la cavité du bassinet, la fluctuation est plus profonde aux lombes que dans les cas d'abcès autour du rein, En outre, ceux-ci sont presque toujours suivis ou accom-

pagnés d'un cedème du tissu cellulaire sous-cutané de la région lombaire, cedème que je n'ai point observé dans les cas de collection purulente dans la cavité du rein sans abcès extra-rénal. Presque toujours aussi les abcès situés entre la face postérieure du rein et les muscles de la région lombaire finissent par soulever la peau dans un point où la fluctuation est très superficielle; et si l'on applique une des mains sur la partie antérieure de l'abdomen et l'autre sur la région lombaire, la fluctuation est plus sensible que dans les cas de collection purulente dans la cavité du bassinet et des calices. Le passage d'une certaine quantité de pus dans l'urine peut lever les doutes; mais ce signe manque lorsqu'il y a obstruction complète de l'uretère entre la vessie et le bassinet rempli d'urine et de pus. »

Lorsque le rein sorme une vaste poche purulente qui communique aveç le tissu cellulaire extérieur, il y a complication des deux assections, et le diagnostic ne peut être porté qu'en ayant égard à la marche de la maladie. Au reste, le traitement étaut le même, ce diagnostic n'a pas d'importance sous ce rapport. Le pronostic est seulement plus grave dans ce dernier cas, parce que la désorganisation du rein est plus complète.

Je ne serai entrer dans le tableau synoptique du diagnostic que ce qui a rapport à la poche purulente sormée par le rein distendu, les autres assections dont j'ai parlé plus haut n'ayant pas un assez grand intérêt pratique.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1º Signes distinctifs de la distension du bassinet et des calices par le pus, et de la rétention de l'urine dans le rein, ou hydronéphrose.

RÉTENTION DU PUS.

Douleurs plus ou moins vives, spontanément ou à la pression.

Mouvement fébrile assez marqué, continu ou par intervalles.

Pus dans l'urine, si la communication n'est

pas complétement interrompue.

Quand la communication se rétablit, flots d'urine purulente.

RÉTENTION DE L'URINE (hydronéphrose).

Tumeur indolents.

Pas de mouvement fébrile.

Urine normale, ou seulement chargée d'un peu de mucus.

Quand la communication se rétablit, grande quantité d'urine normale ou seulement muqueuse.

2° Signes distinctifs de la rétention du pus dans le bassinet et dans les calices, et des abcès autour du rein (périnéphrite).

RÉTENTION DU PUS.

Fluctuation plus profonde, moins marquée.

Point d'ædème sous-cutané de la région lombaire.

Pus dans l'urine, dans les cas où la communication n'est pas complétement interrompue.

Souvent précédée de colique néphrétique.

ABCES AUTOUR DU BEIN (périnéphrite),

Fluctuation moins profonde, souvent tout à fait superficielle.

OEdème sous-cutané de la région lombaire (empâtement œdémateux.)

l'oint de pus dans l'urine.

Non précédés de colique néphrélique.

Pronostic. La pyélité simple aiguë étant ordinairement secondaire, c'est d'après le danger de la maladie principale qu'on doit porter le pronostic, auquel l'assection rénale n'ajoute pas par elle-même un grand degré de gravité. Si néanmoins cette

maladie locale se terminait par gangrène, comme on l'observe dans quelques cas, ou conçoit facilement qu'une lésion aussi funeste hâterait nécessairement la mort. Nous avons vu que, d'après M. Rayer, la pyélite résultant de l'extension de l'inflammation dans la blennorrhagie est, non pas dangereuse, mais rebelle.

La pyélite causée par la présence des calculs dans le bassinet a, d'une manière générale, beaucoup plus de gravité. Cette gravité dépend beaucoup néanmoins de la manière dont se comportent les calculs rénaux, qui en sont la cause déterminante. Si leur séjour dans la cavité rénale est peu prolongé, l'inflammation qu'ils ont provoquée ne tarde pas à se dissiper; mais s'ils séjournent longtemps, ils occasionnent la désorganisation du rein, les abcès, les perforations, la rétention du pus quand ils obstruent l'uretère, et, dans tous ces cas, on doit porter un pronostic très fâcheux; car, en supposant même qu'on puisse, pour un temps, soustraire les malades aux accidents qu'ils éprouvent, il est toujours à craindre qu'ils n'en soient tôt ou tard attaqués de nouveau et mortellement.

§ VII. - Traitement.

Si nous faisons abstraction du traitement de la colique néphrétique, de celui qu'on dirige contre les calculs eux-mêmes, nous verrons que le traitement de la pyélite proprement dite ne nous offre de réellement important à étudier que ce qui se rattache à la néphrotomie.

Relativement à l'inslammation simple, il suffit de dire que quelques émissions sanguines, les boissons adoucissantes, les bains, la diète ou un régime sévère suffisent pour les dissiper. Le traitement de la pyélite causée par les calculs est le même, sauf que le repos doit être plus absolu, pour éviter les déplacements douloureux des corps étrangers.

Les moyens dirigés contre la colique néphrétique et contre les calculs eux-mêmes seront exposés plus loin.

Reste donc l'accumulation du pus dans le bassinet et dans les calices, pour laquelle on a proposé et pratiqué maintes sois la néphrotomie. Dans les cas où la collection purulente communique avec le tissu cellulaire qui entoure le rein, et où il y a par conséquent abcès lombaires, cenx-ci doivent être ouverts tout simplement, comme il a été dit plus haut à propos des abcès de cette région.

Néphrotomie. Quant à la néphrotomie proprement dite, elle demande de plus grands détails. M. Rayer (1) a présenté un historique complet de cette opératios. Je me contenterai de dire ici que, d'après les renseignements fournis par cet auteur, les anciens, à qui l'on avait attribué l'idée d'aller ouvrir les collections puralentes dans l'intérieur même du rein, ce qui constitue la véritable néphrotomie, n'avaient pas pratiqué réellement cette opération, mais seulement l'ouverture de abcès lombaires. D'après cet historique, on voit encore que ce n'est guère qu'i l'époque où Riolan (2) a exprimé nettement son opinion sur la possibilité d'ouvrir les tumeurs formées par le rein lui-même, que cette pratique sut discutée avec connaissance de cause. Ensin ce n'est que vers la sin du xvii siècle qu'on a publié un cas bien constaté d'incision du rein saite pour donner issue aux collections purplentes et aux calculs contenus dans cet organe. La plupart des chirurgiens pensent

⁽¹⁾ Traité des maladies des reins, t. III, p. 206 et suiv.

⁽²⁾ Anthropographia; Parisis, 1026, in-10.

que dans des cas semblables il faut attendre, pour opérer, qu'il y ait une tumeur sensible avec fluctuation à la région lombaire; mais de la discussion dans laquelle il est entré sur ce sujet, M. Rayer tire les conclusions suivantes:

- Que les chirurgiens et les médecins, d'accord pour recommander l'ouverture des abcès extra-rénaux, et pour repousser la néphrotomie lorsqu'il n'y a pas de tumeur lombaire, n'ont pas assez généralement reconnu l'utilité dont pourrait être la néphrotomie pour les cas dans lesquels le rein très distendu est transformé en une énorme poche douloureuse, susceptible de se perforer;
- Qu'il y aurait souvent danger, en de tels cas, à attendre, comme Boyer et la plupart des chirurgiens le recommandent, qu'un abcès extra-rénal se fût sormé, la poche rénale pouvant s'ouvrir dans le péritoine ou dans l'intestin, et la mort promptement survenir;
- Que lorsqu'un des reins forme tumeur dans le sanc, si celui du côté opposé vient à être obstrué, il faut inciser le rein le plus anciennement affecté et formant tumeur;
- » Que si le conseil donné par Hévin de ne point inciser le rein lorsqu'il n'y a point de tumeur aux lombes a été généralement adopté, il serait cependant permis de tenter la néphrotomie dans un cas de mort imminenté par l'effet d'une pyélite calculeuse double sans tumeur, mais avec anurie complète;
- Que dans le traitement des tumeurs rénales, l'incision est généralement préférable à la cautérisation et à la ponction. •

J'ai exposé ces raisons pour montrer quelles sont les ressources de la chirurgie dans ces cas difficiles; c'est maintenant à l'expérience ultérieure à décider quelle est la conduite à suivre dans les divers cas donnés. Les moyens par lesquels on donne passage à travers les lombes au pus et aux corps étrangers sont de diverses espèces. Trois procédés principaux ont été proposés: ce sont l'incision simple, l'incision et la ponction réunies, et la cautérisation suivie d'incision.

Incision. On fait coucher le malade sur le côté sain, le tronc légèrement arqué, pour faire saillir la région lombaire; un aide augmente cette saillie en comprimant la tumeur par sa face antérieure; alors une incision parallèle à la colonne vertébrale est pratiquée à 7 ou 8 millimètres du bord externe de la masse sacro-lombaire. Cette incision, qui n'intéresse que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, doit s'étendre du bord inférieur de la dernière côte à la crête de l'os des iles; puis, en ayant toujours soin de chercher la fluctuation à l'aide du doigt introduit dans le fond de la plaie, on pénètre de plus en plus profondément par des incisions successives. Lorsque l'on a reconnu le point fluctuant, on y plonge le bistouri, auquel on substitue rapidement, avant que le pus s'écoule, un bistouri boutonné, pour pratiquer le débridement; ensuite on introduit avec beaucoup de ménagement un stylet mousse, pour s'assurer si l'on pénètre dans l'intérieur du bassinet. Si l'on opérait sans ménagement, on pourrait, en détruisant seulement une bride, voir survenir une hémorrhagie, car les brides formées autour de ces abcès peuvent contenir des vaisseaux assez considérables, comme l'a vu M. Rayer.

" Si le doigt indicateur d'une des mains, porté, dit cet auteur, au fond de la plaie tandis que l'autre main est appliquée sur la face antérieure de la tumeur, sent de la fluctuation dans une véritable tumeur interposée entre ses deux mains, il est évident qu'on n'a pénétré que dans un abcès extra-rénal, et non dans la cavité de la poche rénale elle-même. Alors, après avoir abstergé soigneusement le fond de la

plaie, il faut porter de nouveau le bistouri sur la tumeur et pénétrer dans l'intérieur des calices ou du bassinet, pour pouvoir procéder à la recherche du calcul et pour donner une libre issue au pus. »

Si l'on ne trouvait pas facilement le calcul, ou si l'on avait quelque difficulté à l'extraire, il ne faudrait pas fatiguer le malade par de longues tentatives, mais le laisser reposer pendant trois ou quatre jours, et revenir ensuite à la recherche du corps étranger. Ce qu'il importe surtout, c'est d'ouvrir une issue aussi large que possible; car souvent, après quelques jours d'attente, ce corps étranger s'échappe de lui-même, ou du moins se présente à l'ouverture, de manière qu'il ne faut qu'une faible traction pour l'extraire. Lorsque l'ouverture paraît trop étroite, on pratique le débridement ou la dilatation par les moyens connus.

Incision et ponction. Ce procédé dissère principalement du précédent en ce que l'on sait précéder l'incision de la ponction exploratrice saite avec le trois-quarts. Cette manière d'agir n'a point d'avantage réel; elle peut même, on le comprendra sacilement, avoir des inconvénients, puisqu'en pratiquant une ponction dans des cas où le siège du mal est très prosond, on ignore le point précis où l'on porte l'instrument.

Cautérisation et incision. On a fait encore précéder l'incision par la cautérisation des parties sous-jacentes à l'aide de la potasse caustique, comme dans les cas d'abcès et d'hydatides du foie; mais ce procédé est bien loin d'avoir les mêmes avantages quand il s'agit des collections purulentes des reins. Aussi la longueur de l'opération et les douleurs causées par la cautérisation doivent-elles saire rejeter ce moyen, à moins de cas tout particuliers, comme ceux, par exemple, où la fluctuation se serait sentir dans un point très voisin de l'intestin.

Soit que les collections purulentes se soient ouvertes spontanément, soit qu'en ait pratiqué l'opération, il peut rester des fistules rénales dont je ne parlerai pas ici, parce qu'elles sont du domaine de la chirurgie.

ARTICLE III.

GRAVELLE.

Si l'on ne considère que les corps étrangers eux-mêmes, il n'est pas douteux qu'entre les graviers et les pierres ou calculs il n'y ait, comme dit M. Ségalas(1'), d'autre différence que celle du volume. Mais si l'on a égard aux symptômes que produisent les concrétions urinaires, on voit que de cette différence de volume résulte une différence extrême dans la manière d'être de la maladie, c'est-à-dire dans ce qui intéresse le plus le praticien. Les concrétions urinaires peuvent, en effet, être si fines que leur présence n'altère en rien la santé et ne donne lieu à aucua symptôme local, tandis que si leur volume augmente, elles occasionnent les symptômes les plus violents, et vont jusqu'à produire la désorganisation de l'organe. C'est donc une distinction utile pour la pratique que celle qu'on a établie entre la gravelle et les calculs rénaux proprement dits.

Comme les calculs rénaux, la gravelle est connue depuis les premiers temps de la médecine. Un en trouve des descriptions plus ou moins complètes dans Galien.

⁽¹⁾ Essai sur la gravelle et la pierre; Paris, 1838.

Arétée (1). Mais c'est surtout aux écrits de Sydenham et de F. Hoffmann qu'il faut remonter pour trouver une bonne symptomatologie de cette affection. Parmi les modernes, il faut citer, comme ayant ajouté à nos connaissances sur cette symptomatologie, et surtout comme ayant, par les recherches chimiques; fait connaître la composition des concrétions urinaires, leur étiologie et leur traitement, Marcet (2), Brugnatelli (3), Prout, Magendie (4) et Civiale (5). Je citerai dans le courant de cet article les principaux résultats de leurs recherches.

M. Civiale veut qu'on divise ainsi qu'il suit les concrétions urinaires: 1° lorsqu'elles consistent en une poudre fine, ou en paillettes, ou en très petits grains, il faut leur donner le nom de sable; 2° la gravelle proprement dite consiste dans de petits corps granuleux gros au plus comme une tête d'épingle; 3° lorsque ces concrétions ont acquis un plus grand volume, mais peuvent encore passer par l'uretère, ce sont des graviers; 4° si leur diamètre est trop grand pour leur permettre ce passage, ce sont des calculs; et 5° la dénomination de pierres est réservée aux calculs les plus volumineux. Cette division a une importance pratique incontestable. Aussi quoique, pour me conformer à l'usage, je désigne dans cet article les trois premières divisions sous le nom de gravelle, réservant pour l'article suivant les deux dernières, qui seront décrites sous le nom de calculs, je tâcherai de ne pas perdre de vue les différences signalées par M. Civiale, parce que, je le répète, la maladie est toute autre, suivant qu'on a affaire à une simple poussière dans l'urine ou à de véritables graviers.

On a encore proposé d'autres divisions fondées sur différentes circonstances, comme l'aspect des graviers (gravelle blanche, rouge, etc.); leur composition chimique (gravelle urique, phosphatique, etc.); des corps étrangers s'y trouvant accidentellement (gravelle pileuse); mais ces divisions n'ont de l'intérêt que sous des points de vue limités, tels que l'étiologie et le traitement. Il suffira donc de les rappeler lorsque j'exposerai les causes de la maladie et les moyens mis en usage pour la combattre.

§ I. — Définition ; synonymie ; fréquence.

Je donne le nom de gravelle à toutes les concrétions qui, formées dans le rein, peuvent sortir par les conduits urinaires en déterminant ou non les symptômes connus sous la dénomination de colique néphrétique.

Cette maladie ainsi conçue n'a guère d'autre nom qui lui soit parfaitement applicable. On l'a comprise souvent, dans la description générale des concrétions urinaires, sous les noms de calculatio, lithiasis, etc.

La gravelle est une maladie des voies urinaires qui se présente fréquemment à l'observation, et il est certain qu'on la trouverait plus fréquemment encore si un certain nombre de sujets qui unt des petites concrétions sous forme de poussière ou de granules, ne négligeaient ce symptôme qui, n'entraînant aucun trouble sensible dans la santé générale, n'a pour eux aucune importance.

⁽¹⁾ De curat. morb. diut., lib. 11.

⁽²⁾ An essay on the chem. hist. and med. treat. of calc. disord.; London, 1817.

⁽⁴⁾ Litologia umana; Pavia, 1819.

⁽⁴⁾ Recherch. sur la gravelle; Paris, 1828, in-8. — Dict. de médecine et do chir. pratiques, art. Gravelle, t. IX. p. 237.

⁽⁵⁾ Traité de l'affection calculeuse; Paris, 1888. — Du truitement médical et préservatif de la pierre et de la gravelle; Paris, 1840.

§ II. - Causes.

Malgré les recherches nombreuses et intéressantes entreprises pour éclairer l'étiologie de la gravelle, il est beaucoup de points, nous devons en couvenir, qui sont enveloppés, de doute et d'obscurité. La cause de l'incertitude dans laquelle nous nous trouvons encore sur tous ces points doit être cherchée, à mon avis, dans le défaut de détails importants que présentent les observations. C'est encore, par conséquent, un beau sujet d'étude pour les observateurs.

1º Causes prédisposantes.

Age. On sait aujourd'hui que les enfants sont beaucoup plus sujets aux concrétions urinaires d'un certain volume, qu'on ne le croyait autresois; mais il saut, avec M. Civiale, établir une distinction entre les calculs et la gravelle proprement dite. Suivant cet auteur, cette dernière est, à cet âge, beaucoup plus rare que les calculs. Le sable dans les urines et la colique néphrétique ne s'observent. ajoute-t-il, que rarement chez les ensants, du moins dans nos climats. L'exactitude de cette assertion ne me paraît pas douteuse quant à la colique néphrétique. et par conséquent on peut en conclure que, dans l'intérieur du rein, les concrétions n'acquièrent pas ordinairement dans l'enfance un assez grand volume pour être rangées parmi les graviers. Il n'en est peut-être pas tout à fait de même de sable dans les urines. Ce qui me porte à le croire, c'est que j'ai trouvé très sréquenment chez des nouveaux-nés qui avaient succombé à des maladies diverses, les petits conduits de la substance tubuleuse dessinés en jaune, d'une manière très distincte, par une poussière qui, ainsi que le démontre l'analyse, n'est autre chose que de l'acide urique. Tous les auteurs qui ont sait de l'anatomie patholegique chez le nouveau-né ont sait cette observation, et M. Rayer, en étudiant les maladies des reins, a rencontré maintes sois cet état sur des reins de nouveauxnés qu'on lui a apportés. Ce n'est là sans doute qu'une présomption; mais cette présomption suffit pour engager les médecins à étudier plus attentivement les urines des enfants, et cela d'autant plus que ceux-ci ne peuvent en aucune manière les mettre sur la voie, les urines simplement sablonneuses ne donnant jamais lieu à des symptômes graves.

En somme, on doit admettre que la gravelle, et surtout celle qui est constituée par des graviers d'un certain volume, est notablement plus fréquente chez les adultes et chez les vieillards que chez les enfants.

Sexe. Les auteurs ont généralement constaté que la gravelle est plus fréquent chez l'homme que chez la femme. Van-Swieten a, il est vrai, avancé que l'un el l'autre sexe y sont également sujets; mais cette assertion n'est pas appuyée sui les faits.

Nous ne savons rien de positif relativement à l'influence du tempérament et de la constitution. C'est une opinion générale que les sujets affectés de la goutte sont plus exposés à la gravelle que tous les autres. Il n'est pas de médecin qui n'all observé la coıncidence de ces deux affections.

Climats. Il résulte de recherches faites par M. Civiale qu'on doit reponser cette opinion si générale et si longtemps admise, savoir : que les pays très chauds ou très froids présentent un bien moins grand nombre de sujets affectés de la

gravelle que les pays tempérés et humides. Cet auteur a trouvé, en effet, que cette maladie est aussi commune en Égypte, dans l'Inde, en Suède, en Danemarck, qu'en France et en Angleterre.

Localités. On a remarqué que, sous le même climat et dans des conditions en apparence les mêmes, certaines localités offrent un très grand nombre d'individus atteints de concrétions urinaires, tandis que des localités très voisines n'en présentent aucun exemple. Faut-il voir dans ces faits une influence de l'air et des lieux? M. Magendie ne le pense pas, et croit plutôt qu'il faut tout rapporter au régime. C'est également à un régime animal et à l'abondance des boissons spiritueuses que M. Orfila rapporte le grand nombre de cas d'affections calculeuses qu'on observe dans l'île de Majorque. Mais nous allons voir combien d'incertitudes règnent sur l'influence du régime, et nous serons obligés de convenir qu'il y a dans ce point d'étiologie quelque chose qui nous échappe complétement et dont nous ne pourriens remplacer la connaissance que par de simples conjectures.

Une vie sédentaire, la fortune, qui permet de se procurer sans fatigue toutes les jouissances, sont regardées comme des conditions dans lesquelles la gravelle se développe bien plus fréquemment que dans des conditions opposées. Quelques observations faites sur les soldats et les marins semblent venir à l'appui de cette assertion; mais il ne faut pas oublier que ces derniers ne sont observés qu'à une certaine époque de leur existence, tandis que les observations faites sur les autres sujets portent sur toutes les périodes de la vie.

L'hérédité de la gravelle est assez généralement admise, et un bon nombre d'auteurs ont cité des faits en saveur de cette manière de voir; mais M. Civiale qui, pour étudier l'étiologie de cette affection, a rassemblé le plus grand nombre des saits connus, reste dans le doute à cet égard.

Il faut ajouter à cette énumération certaines maladies des parties supérieures des voies urinaires, comme le rétrécissement, l'obstruction des uretères, qui, en rendant difficile l'écoulement de l'urine, favorisent le dépôt des concrétions.

On à encore rangé parmi les causes prédisposantes la dentition, un état habituel de tristesse, une contention d'esprit prolongée, etc. Mais nous ne pouvons admettre leur influence réelle avant que des recherches plus exactes soient venues nous éclairer.

2° Causes occasionnelles.

De ce que certains individus ont rendu des graviers après un exercice violent ou après avoir été secoués par le cheval ou cahotés dans une voiture, on a paru en conclure que les secousses étaient des causes occasionnelles de la gravelle. Ne doit-on pas bien plutôt reconnaître qu'elles ont simplement provoqué la sortie des graviers, et qu'elles ont déterminé la manifestation, mais non la production de la maladie?

Aliments. Je n'ai point parlé du régime à propos des causes prédisposantes, parce que, dans les idées des auteurs qui lui accordent une certaine influence, il n'agit pas seulement en prédisposant l'organisme, mais en produisant la matière des concrétions, et par conséquent la maladie elle-même. Pour bien traiter cette question de l'insluence des aliments et des boissons, il faudrait que des recherches eussent été faites, non seulement sur l'action de ces agents dans la production de la

gravelle en général, mais encore de chaque espèce de gravelle en particulier. C'est ce qui a été fait pour quelques unes, mais non pour toutes.

On a dit, et M. Magendie est un des principaux défenseurs de cette opinion, qu'un régime azoté, substantiel, composé principalement de viandes noires, est la principale cause de la gravelle urique (gravelle rouge, Mag.). Cette opinion s'est appuyée sur des faits de physiologie comparée et de pathologie. Mais M. Civiale, réunissant un bien plus grand nombre de faits, a démontré : 1° que la proportion de l'urée, augmentant notablement par le régime azoté, n'est nullement en rapport avec la proportion de l'acide urique; 2° que, dans un grand nombre de localités où la nourriture est presque exclusivement animale, la gravelle est fort rare. Aujourd'hui cette influence du régime azoté est généralement regardée comme bien moins considérable qu'on ne l'a cru pendant quelque temps.

L'usage d'aliments contenant de l'acide oxalique, et de l'oseille en particulier. paraît à quelques auteurs nécessaire pour la production des graviers d'oxalate de chaux (gravelle jaune, Magendie). Il est certain que plusieurs faits aujourd'hui bien connus ont prouvé le rapport de cause à effet de cette alimentation et de la gravelle dont il s'agit, et d'un autre côté, ainsi que le fait remarquer M. Becquerel (1, il suffit d'avoir pris une certaine quantité de ces aliments pour que, le soir même eu le lendemain, on trouve dans l'urine des cristaux d'oxalate de chaux; mais estil bien démontré que cette gravelle ne peut se produire dans aucune autre circonstance? C'est ce qu'il ne me paraît pas permis de décider complétement.

On a pas recherché l'action des diverses alimentations sur les autres espèces de gravelle; on s'est contenté de dire que le fromage (Kern), certains fruits, comme les poires, etc., pouvaient donner lieu à la gravelle, sans spécifier l'espèce. Ce assertions ne sont pas appuyées sur des saits assez importants pour qu'il soit nécessaire de les discuter.

Boissons. Les boissons spiritueuses ont été rangées parmi les causes les plus efficaces de la gravelle, et principalement de la gravelle urique; mais cette opision n'a pu soutenir l'épreuve des faits.

On a été naturellement porté à penser que les eaux contenant certains sels, et principalement des sels de chaux qu'on retrouve dans les graviers, devaient produire facilement la gravelle. Mais encore ici l'expérience a démenti la théorie. C'est ainsi qu'à Arcueil, dont les eaux contiennent une si grande quantité de carbonate de chaux, les habitants ne sont nullement sujets à la gravelle.

L'usage de la bière a-t-il plus d'action? C'est ce dont il est permis de douter. malgré les assertions de Sœmmerring.

L'urine rendue après qu'on a pris du thé ou du café contient, d'après les recherches de M. Donné, une grande quantité d'acide urique cristallisant par k refroidissement. Faut-il en conclure que ces boissons peuvent par elles-mêmes produire la gravelle urique? Je ne le crois pas. Ce qu'il faut inférer de ces experiences, c'est que, chez un individu prédisposé, l'usage de ces substances pourrait déterminer la production de la maladie.

Ensin, on a dit que la trop petite quantité des boissons pouvait être une cause déterminante de la gravelle; mais c'est là une assertion uniquement sondée sur des

¹¹⁾ Similatique des wrines, p. 430.

idées théoriques; il en est de même du défaut de chaleur animale permettant la cristallisation des sels chez le vieillard, etc. On a vu quelquesois le défaut d'exercice, le séjour au lit, l'immobilité, être suivis de gravelle; mais les sujets ont pu se trouver dans tant d'autres circonstances, qu'avant d'avoir des observations plus précises et plus détaillées que celles que nous connaissons, nous ne devons admettre ces saits qu'avec réserve.

On voit, d'après tout ce qui précède, qu'il faut reconnaître, avec les auteurs modernes, que dans la production de la gravelle il y a une influence cachée sans laquelle les causes en apparence les plus efficaces ne peuvent rien. La chimie et la physiologie nous ont plutôt fait connaître le comment que le pourquoi, ainsi que cela a lieu dans un grand nombre de faits pathologiques.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes, ai-je dit plus haut, ne diffèrent réellement que suivant le volume plus ou moins considérable des concrétions urinaires. C'est donc d'après la division établie par M. Civiale qu'il importe de les étudier.

l'urine et non un simple sédiment? C'est là une première question qui ne laisse pas d'offrir quelques difficultés. Suivant M. Civiale, lorsque l'urine sort sans présenter à l'instant même des grains de sable tout formés, et que le refroidissement est nécessaire pour leur apparition, il n'y a pas gravelle. C'est là assurément un bon moyen de distinguer la gravelle du simple sédiment cristallisé ou non. Cependant il est quelques cas où la formation des cristaux d'acide urique est si rapide, que, bien qu'on ait eu le temps de voir l'urine transparente, la cristallisation a été presque instantanée. Si l'on ne peut pas dire que, en pareil cas, il y ait réellement gravelle, on doit reconnaître du moins qu'elle paraît imminente, et que cet état appelle l'attention du médecin : il était donc important de le signaler. Cette réserve faite, la différence établie par M. Civiale lève toutes les difficultés.

Que le sable sorte tout formé avec l'urine; que, par conséquent, il y ait eu déjà cristallisation ou précipitation amorphe dans les voies urinaires, on bien que la cristallisation n'ait lieu que par suite du refroidissement, les symptômes sont ordinairement nuls. Cependant on voit des sujets éprouver dans les régions rénales une gêne, et quelquefois une douleur sourde, qui peut les inquiéter s'ils ont reconnu l'état de leurs urines. Ce symptôme se remarque surtout dans le cas où le sable se forme dans le rein. M. Civiale a vu là un signe d'irritation, ce qui l'a engagé à regarder l'irritation comme la cause organique principale de la formation des concrétions urinaires. Mais l'étude attentive des faits et l'état des reins observé après la mort causée par d'autres maladies ne permettent pas d'accorder à cette opinion toute l'importance que lui donne cet auteur.

2° Graviers pouvant traverser les uretères. Chez des sujets qui ont déjà présenté du sable dans leurs urines, et parfois chez des individus qui n'ont point offert ce symptôme, l'urine rendue contient une plus ou moins grande quantité de graviers gros comme la tête d'une épingle, souvent plus petits, quelquefois plus volumineux. Chez ceux qui ont préalablement du sable dans les urines, voici comment se passent les choses, d'après M. Magendie: « Le plus souvent, dit-il, celui qui doit être attaqué de la gravelle ressent, quelques mois avant son apparition, un

sentiment particulier de fourmillement, d'engourdissement dans la région des reins; son urine est foncée en couleur et laisse déposer, au bout d'une heure ou deux, un sédiment rougeâtre plus ou moins abondant..... Ces premiers symptômes s'accroissent, le sentiment d'engourdissement des reins se change en une véritable faiblesse douloureuse qui varie d'intensité; le lendemain du jour où elle a été le plus forte, une certaine quantité de sable est évacuée avec l'urine. » Ces prodromes se rapportent particulièrement à la gravelle urique, qui est, il est vrai, la plus frèquente de toutes.

Plus tard, ces symptômes continuant, on trouve dans l'urine les graviers indiqués, et ordinairement arrondis. Souvent le malade les entend tomber aux bruit dans l'urinoir, mais ordinairement il n'éprouve aucun accident grave. Cependant on a vu maintes fois ces petits graviers, d'un diamètre inférieur à celui de l'uretère, produire de violents symptômes qui seront décrits plus bas, et qui ne sont autres que ceux de la colique néphrétique. Cet accident peut s'expliquer, dans quelques cas, par les aspérités d'un gravier qui ont arrêté ce corps étranger dans le conduit réno-vésical, et qui ont déchiré les parois de ce conduit; ou bien par la forme de ce corps, qui, ayant dans un sens un diamètre considérable, s'est présenté au passage suivant ce diamètre. Mais, dans quelques cas aussi, on ne trouve aucune explication de ce genre. Il faut bien admettre alors une contraction, un resserrement spasmodique du canal qui a empêché le calcul d'avancer.

3° Graviers d'un volume trop grand pour traverser librement l'uretère. Lonque les graviers sont trop volumineux pour traverser librement le conduit, ils pervent souvent encore s'engager dans la partie supérieure, et ne descendre ensuit que très péniblement. En pareil cas, l'hématurie et la colique néphrétique sont les ignes auxquels on reconnaît ces concrétions.

Il peut même arriver qu'après s'être engagé, un calcul reste fixé dans l'uretère, où il détermine d'abord une irritation, puis une inflammation plus ou moins vive Dans ces cas, après un ou plusieurs accès de colique néphrétique, après une ou plusieurs hématuries, survient la distension de l'uretère, puis celle du rein, soit simplement par l'urine, soit par l'urine mêlée de pus. Ce dernier état morbide à été décrit, l'autre sera étudié plus tard.

L'examen de l'urine, dans ces trois espèces, fait reconnaître un grand nombre de caractères communs, et c'est pourquoi je l'ai renvoyé après la description des autres symptômes.

L'urine est en général aussi abondante qu'à l'état normal. On a vu néanmoins la quantité augmentée ou diminuée dans quelques cas. Il faut prendre garde de se laisser tromper par quelques circonstances. Les remèdes qu'on donne aux malades ont presque tous pour but d'augmenter la sécrétion urinaire; il n'est donc pas surprenant qu'alors les urines soient plus abondantes. D'un autre côté, une concrétion peut obstruer l'uretère, et, dans ce cas, il y a, non pas diminution, mais arrêt de l'urine d'un côté. Dans les cas où les graviers produisent la colique néphrétique, l'urine peut être complétement supprimée, quoiqu'un seul uretère soit obstrué; mais il est plus ordinaire de voir le rein sain suppléer en pareil cas à la sécrétion du rein malade.

On conçoit que l'urine doit présenter des caractères physiques très variable

suivant les cas. Tout dépend, en effet, non de la gravelle elle-même, mais de l'état dans lequel se trouvent les organes urinaires. Le sang, le pus, l'albumine, le mucus, lui donnent des aspects que nous avons décrits plus haut, lorsque l'in-fammation occupe les voies urinaires. Dans le cas contraire, l'urine conserve ses caractères normaux, et la présence du sable ou des graviers est la seule circon-stance remarquable.

Voici toutesois une distinction importante établie par M. Rayer entre l'état de l'urine dans les cas de gravelle urique et dans les cas de gravelle phosphotique:
Lorsque, dit cet auteur, les graviers qui déterminent ces accidents (ceux de la colique néphrétique) sont composés d'acide urique (et c'est le cas le plus ordinaire), l'urine est acide, et le sédiment offre des cristaux rhomboïdaux d'un jaune rougeitre. Filtrée, elle devient légèrement louche lorsqu'on la traite par l'acide nitrique, qui précipite une certaine quantité d'acide urique ou d'albumine, mélangée ou non de globules sanguins.

Lorsque les graviers sont phosphatiques, l'urine, alcaline et louche au moment de l'émission, s'éclaircit d'abord par l'addition de l'acide nitrique, et elle se trouble quelquesois ensuite par l'addition d'une plus grande quantité de cet acide, si elle contient de l'albumine, du sang ou du pus.

Sable. Quelquesois, ai-je dit, le sable sormé par la cristallisation des principes salins de l'urine ne se montre qu'après l'émission et un commencement de restoidissement. Ce n'est sans doute pas là encore un état réellement pathologique; mais cette cristallisation annonce l'imminence de la véritable gravelle, ainsi que nous l'avons vu, et le traitement devant commencer dès ce moment, le médecin ne doit jamais négliger ce symptôme. Il est bien rare que le sable qui se produit ainsi après l'émission de l'urine soit autre chose que de l'acide urique cristallisé. La poudre qui en résulte a, par conséquent, presque toujours les caractères du sable qui s'est sormé avant l'émission, et qui est également de l'acide urique cristallisé dans le plus grand nombre des cas.

Lorsque le sable est formé au moment même de l'émission, il se rassemble promptement au fond du vase, tandis que celui qui se dépose par suite du refroidissement se montre d'abord sur les bords là où le liquide offrant une moindre épaisseur, subit le plus promptement l'influence de la température extérieure. C'est là un signe différentiel qu'il ne faut pas oublier. Quant aux caractères chimiques de ces gravelles pulvérulentes, comme ils ne différent pas de ceux qu'on retrouve dans les gravelles où les concrétions sont plus volumineuses, je me contente ici de donner quelques indications qui serviront à distinguer entre eux les différents sables.

L'acide urique se montre quelquesois sous sorme de poudre amorphe, mais bien plus souvent sous sorme de prismes rhomboïdaux. L'urate d'ammoniaque est en poudre amorphe, et se distingue du phosphate de chaux, également en poudre amorphe, en ce que ce phosphate se dissout complétement dans l'acide nitrique étendu au huitième, tandis que l'urate d'ammoniaque donne un précipité d'acide urique cristallisé. Les phosphates se montrent sous sorme d'un sédiment blanc et crayeux; cependant le phosphate ammoniaco-magnésien est cristallin, et présente des prismes à quatre pans, terminés par des pyramides à quatre faces ou en aiguilles.

Graviers. On se rappelle que nous avons réservé le nom de graviers pour les

concrétions qui présentent un volume qui varie ordinairement entre celui d'une tête d'épingle et celui d'un pois, et qui parsois ayant une grosseur plus considérable, causent par cela seul les accidents alarmants de la colique néphrétique.

La forme des graviers varie beaucoup. Cependant il est exact de dire, d'une manière générale, qu'ils sont ovalaires ou oblongs; c'est là en effet, le cas le plus ordinaire. Mais on en a vu d'arrondis, d'autres qui avaient la forme d'une poire, qui étaient prismatiques, etc. Il arrive parfois, même lorsque les calculs ont la forme arrondie, qu'ils présentent à leur surface une on plusieurs aspérités; en pareil cas, on comprend facilement comment, en traversant l'uretère, ils déterminent l'hématurie et la colique néphrétique.

Le nombre de ces concrétions peut être très considérable. En général, il est en rapport inverse de la grosseur des petits calculs; mais cette règle souffre des exceptions.

Les autres caractères étant dissérents suivant les graviers, on ne peut les présenter d'une manière générale. Voyons donc ce qui distingue chaque espèce de gravelle.

Gravelle urique. Les graviers d'acide urique, les plus communs de tous, sont d'un rouge jaunâtre : de là le nom de gravelle rouge; mais cette couleur n'est pas propré à l'acide urique, elle est due à une matière colorante sur laquelle les chimistes ne sont pas parfaitement d'accord. En contact avec les alcalis, et surtout avec la potasse, ils se dissolvent facilement et promptement. L'acide nitrique les dissout avec effervescence, et si l'on évapore la solution jusqu'à siccité, il reste sur le vase une couche de couleur pourpre. Exposés à un feu vif, ils sont entièrement consumés, signe caractéristique très important pour le praticien.

Gravelle phosphatique. Les graviers de phosphate aumoniaco-magnésien sont ceux qu'on rencontre ordinairement dans cette espèce. Lavés, ils se présentent avec une couleur blanche; mais avant cette opération ils sont gris, ce qui leur a valu le nom de gravelle grise. Ils verdissent le sirop de violette. Leur saveur est salée. Sur les charbons ardents ils noircissent, en répandant une odeur ammoniacale. La potasse et la soude, triturées avec eux, en dégagent l'ammoniaque.

Les graviers de phosphate de chaux n'ont pas le même intérêt pour nous; ils sont très rares, ainsi que les concrétions formées par les autres sels calciques. Ils sont blancs, d'où le nom de gravelle blanche, qui leur est commun avec celle qui est formée de graviers de carbonate de chaux, etc.

Gravelle oxalique. Les graviers formés d'oxalate de chaux sont loin de pouvoir être rangés parmi les plus fréquents. Ils sont généralement d'un jaune bran, et out été désignés par le nom de gravelle jaune; cependant on les trouve quelquesois de couleur brune et noirâtre. En les brûlant à l'aide du chalumeau, on enlève l'acide oxalique, et il ne reste qu'une poudre blanche qui n'est autre chose que la chaux pure.

Gravelle pileuse. On a trouvé quelquesois, comme nous l'avons vu, des pois au milieu des concrétions; mais cette circonstance, très remarquable sous d'autres points de vue, n'a pas un intérêt réel pour le praticien.

J'ai dû, pour bien faire comprendre les caractères de la gravelle, indiquer d'une manière distincte ce qui se passe, suivant que du sable seul ou des graviers plus ou moins volumineux sont rendus. Mais il ne faut pas croire que les concrétions

urinaires se présentent toujours de la même manière chez un même sujet. Il est des malades, sans doute, qui dans tout le cours de leur affection ne rendent que du sable avec leurs urines; mais il en est beaucoup aussi qui rendent tantôt du sable, tantôt des graviers d'on petit volume, tantôt des graviers assez volumineux pour causer les symptômes de la colique néphrétique, et souvent il est très difficile de décesvrir la cause du changement qui a lieu, à des intervalles variables, dans la grosseur des calculs, changement d'où résulte une si grande différence dans les symptômes de la maladie.

Lorsque les concrétions sont assez nombreuses pour déterminer l'irritation des parties qui les renferment, lorsque la maladie dure depuis longtemps, et qu'il y a eu plusieurs accès de coliques néphrétiques, les reins finissent par s'enflammer d'une manière chronique, et de là les symptômes de la néphrite chronique: dou-leur, miction purulente, dépérissement. Ces symptômes persistent jusqu'à la mort, avec des exacerbations plus ou moins vives, toujours dues aux irritations vives causées par les concrétions, et il n'est pas rare, dans de semblables circonstances, de voir des calcule se former chez des sujets qui jusque-là n'avaient rendu que du sable ou des graviers.

S IV. — Marche; durée; terminaison.

Il résulte de la description précédente que la marche de la gravelle est une des moins uniformes que nous connaissions. La variabilité du volume des concrétions en est la cause; car suivant que celles-ci sont volumineuses ou non, le malade peut être en proie aux plus vives souffrances, ou paraître dans le meilleur état de santé, à cela il faut joindre les effets du traitement, qui peuvent pendant un certain temps faire disparaître tous les symptômes, et les variations du régime et des conditions hygiéniques, dont l'action sur la gravelle déjà existante est souvent très marquée.

La durée de cette affection est illimitée. Lorsque le malade rend du sable déjà formé au moment de l'émission de l'urine, il est rare qu'on en triomphe; et lorsqu'il existe de véritables graviers, on voit la maladie se prolonger ordinairement jusqu'à la mort du sujet, qui, ainsi que nous l'avons vu, peut être causée par la gravelle elle-même, lorsque les graviers sont abondants et assez volumineux pour irriter les parties et pour franchir difficilement l'uretère.

§ V. - Lésions anatomiques.

Lorsque l'affection consiste simplement dans un dépôt de sable, on trouve dans les diverses parties des conduits urinaires comme des incrustations formées par ces concrétions. Nous avons vu que chez les nouveau-nés les tubuli sont dessinés sous ferme de pinceaux par la poussière d'acide urique qu'ils contiennent. On peut également trouver dans les parois des cavités rénales quelques légères traces d'in-banmation; mais en général ces dépôts pulvérulents n'occasionnent pas d'altération sensible dans l'organe.

Les graviers se retrouvent également en plus on moins grande abondance dans les calices et le bassinet. On peut en rencontrer même dans la vessie. Les signes d'inflammation des reins sont alors bien plus prononcés, et lorsque les graviers sont volumineux, nombreux, couverts d'aspérités, ils ont ordinairement provoqué

l'inflammation chronique du bassinet, des calices et même de la substance des reins. De là le pus dans ces cavités, les abcès, etc.; lésions que j'ai décrites à l'occasion de la pyélite et de la néphrite chroniques.

Si un gravier s'est arrêté dans l'uretère, et a suspendu le cours de l'urine et du pus, on observe la dilatation, par les liquides, du bassinet et de la partie de l'uretère située au-dessus de l'obstacle. Nous allons retrouver ces lésions plus marquées encore en décrivant les véritables calculs rénaux.

§ VI. - Diagnostie; pronostie.

Le diagnostic de la gravelle telle que je l'ai décrite, c'est-à-dire abstraction saite des symptômes de la colique néphrétique, ne présente généralement aucune disserulté sérieuse, car la présence du sable ou des graviers dans les urines est le phénomène pour lequel on est consulté. Cependant il est quelques cas particuliers qui méritent d'être étudiés.

Un malade, sans avoir préalablement rendu du sable ou des graviers, éprouve des douleurs sourdes et continues dans une région rénale ou dans les deux à la fois; peut-on, en pareil cas, déterminer si ces douleurs sont dues à la gravelle dont la production n'est pas actuellement visible? Il faut dire, avec M. Civiale, que ce diagnostic, qui ne pourrait être porté que d'après des signes rationnels, est tout à fait impossible.

Un malade a, au contraire, rendu déjà du sable ou des graviers; après avoir été débarrassé des symptômes de cette affection, il lui survient de nouveau de la douleur, de la pesanteur dans la région rénale, mais on ne voit encore dans l'urine aucune concrétion. Dans ce cas, on peut supposer que de nouveaux graviers se sont formés dans les reins, mais on ne saurait porter un diagnostic positif, car beaucoup d'autres maladies, telles qu'une simple néphrite, un lumbago, une douleur nerveuse lombaire, peuvent produire des phénomènes semblables.

L'espèce de gravelle sera facilement diagnostiquée à l'aide des caractères qui ont été indiqués plus haut; il ne faudrait pas, comme le veulent quelques auteurs, se contenter de la couleur des graviers; car, ainsi que nous l'avons vu plus haut, elle peut être altérée par des substances étrangères. Pour le traitement il est important de porter d'une manière assez exacte ce diagnostic; cependant ce qu'il est principalement nécessaire de se rappeler, c'est que la gravelle est tantôt acide et tantôt alcaline, car c'est d'après cette considération capitale qu'on lui oppose les principaux moyens de traitement.

§ VII. - Traitement.

Je n'ai pas à insister beaucoup sur le traitement de la gravelle, parce qu'il est le même que celui des calculs rénaux et de la colique néphrétique, à laquelle ces diverses concrétions donnent naissance. Il en sera par conséquent question d'une manière détaillée dans les deux articles suivants. Je dirai seulement ici que les diurétiques doivent être plus particulièrement opposés à la simple gravelle, attenda que tout ce qui peut favoriser l'expulsion des graviers suffit maintes sois peur saire disparaître les accidents les plus redoutables, et que ces graviers, étant peu volumineux, sont plus ou moins sacilement entraînés par le liquide urinaire.

ARTICLE IV.

CALCULS RÉNAUX.

Ce que je viens de dire relativement aux petites cristallisations ou concrétions qui constituent la gravelle me dispense d'entrer dans de longs développements sur les calculs qui se forment dans les reins; la seule différence capitale qui existe en esset dans ces concrétions se trouve dans leur volume et dans leur sorme. Je vais donc rapidement exposer ce qui appartient en propre aux calculs volumineux formés dans les reins, et passer ensuite immédiatement au traitement mis en usage pour les dissondre, ainsi que les graviers dont je viens de tracer l'histoire.

Les causes des calculs rénaux ne dissèrent pas de celles de la gravelle. Leur volume varie énormément; ainsi on en trouve qui excèdent à peine la grosseur d'un pois, et qui néanmoins n'ont pu être expulsés par l'uretère ou qui sont restés sixés dans le point où ils se sont sormés; d'autres, au contraire, remplissent tout le bassinet, et l'on en a vu qui, envoyant des prolongements rameux dans toutes les cavités rénales, ont ainsi envahi l'organe tout entier.

La sorme des calculs n'est pas moins variée; cependant on les trouve ordinairement arrondis, présentant ou non des aspérités plus ou moins considérables, par suite des prolongements qui envahissent les diverses cavités rénales. Leur sorme est quelquesois très bizarre, aussi les a-t-on comparés souvent à divers animaux avec lesquels ils avaient une ressemblance grossière.

Ces calculs se trouvent ordinairement dans le bassinet et dans le calice; ou en a vu qui étaient à moitié engagés dans l'uretère, et, dans un cas, la partie engagée était longue et amincie, tandis que la partie restée dans le bassinet était aplatie, ce qui donnait au calcul la forme d'un clou.

La composition des calculs est la même que celle des concrétions décrites à l'article Gravelle; cependant il arrive quelquesois qu'on trouve dans les calculs volumineux plusieurs couches de composition dissérente. « Non seulement, dit M. Civiale, toutes les espèces de calculs simples et homogènes peuvent prendre naissance dans le rein, de même que dans tous les autres départements des voies urinaires; mais ils peuvent aussi, en y séjournant, y passer par tous les changements de nature et d'aspect qu'ils subissent dans la vessie. » Il faut seulement savoir que ces changements sont beaucoup plus rares dans la première de ces parties.

La dureté des calculs est très diverse; ceux qui sont formés d'acide urique sont les plus durs. Ce caractère, du reste, n'a nullement l'importance qu'il présente dans les calculs de la vessie.

Il résulte de la diverse composition des calculs que les caractères chimiques peuvent varier plusieurs fois dans l'épaisseur d'une même concrétion; car les concrétions sont généralement formées de couches concentriques, mais ce sont loujours les mêmes substances indiquées à l'article Gravelle, et par conséquent il n'y a pas à y revenir ici.

Symptômes. Un calcul rénal très volumineux peut exister longtemps dans le rein sans déterminer aucun symptôme. Les auteurs en ont rapporté d'assez nombreux exemples. Mais ordinairement on observe des phénomènes remarquables, dont les

principaux ont été déjà décrits (1). Ce sont des douleurs plus ou moins vives, occupant la région rénale et augmentant souvent, d'une manière extrêmement marquée, dans les mouvements brusques, pendant la course, dans l'équitation, et surtout en voiture; ces douleurs se transforment souvent alors en véritables coliques néphrétiques. En pareil cas, tantôt le calcul se déplaçant, une de ses aspérités irrite violemment la substance rénale, et tantôt ce corps étranger s'engageant dans l'uretère, distend considérablément le conduit et arrête le cours de l'urine ainsi que l'évacuation de la matière purulente.

Les symptômes de la pyélite, d'abord aiguë, puis chronique, des hématuries à des époques variables, et, au bout d'un temps indéterminé, l'inflammation profonde du rein, sa destruction, le dépérissement, la fièvre hectique qui en est la suite, complètent le tableau de ces symptômes, auxquels se joignent fréquemment ceux de la pierre dans la vessie, car il n'est pas rare que cette dernière affection soit la conséquence de la tendance aux concrétions urinaires qu'on observe dans le rein.

La marche de la maladie est plus uniforme que dans la gravelle, c'est-à-dire que les symptômes existent d'une manière plus continue, et que, lorsque les calculs on atteint un certain volume, on n'observe ordinairement pas des améliorations aussi notables que dans le cas de simples graviers; mais les exacerbations, et par suite ces accidents si graves qui constituent la colique néphrétique, ne laissent pas de donner aux calculs rénaux un certain caractère d'intermittence irrégulière.

Cette affection cause la mort en déterminant les lésions profondes que j'ai et bien des fois l'occasion d'indiquer jusqu'à présent, et sur lesquelles il serait per utile de revenir ici.

Nous avons vu plus haut que les calculs pouvaient exister à l'état latent, mais ordnairement il n'est pas très difficile de reconnaître leur existence. Une douleur fixe dans une des régions lombaires; l'exaspération de cette douleur sous l'influence des grands mouvements et surtout des secousses; l'hématurie peu abondante qui en est parsois le résultat; ensin la présence ordinaire ou fréquente d'une certaine quantité de pus ou de muco-pus dans l'urine serviront à sixer le diagnostic.

Lorsqu'il survient un abcès, une tumeur des reins, des accès de colique néphretique, le diagnostic est tel qu'il a été présenté dans les articles précèdents.

TRAITEMENT DES CONCRÉTIONS URINAIRES AYANT LEUR SIÈGE DANS LES REINS.

Il ne doit être question dans ce traitement, je dois le répéter ici, que des moyens signalés comme pouvant dissoudre les concrétions urinaires plus ou moins volumineuses, et faire disparaître toute tendance à la production de ces concrétions. Ce que je vais dire s'applique donc en même temps à la gravelle et aux calculs proprement dits, mais non aux accidents de colique néphrétique qui résultent de l'action de ces corps étrangers sur les reins on les uretères.

Avant que la chimie nous eût fait connaître d'une manière précise la composition chimique des calculs, les moyens de traitement étaient indifféremment dirigés coure toutes les concrétions urinaires. Aujourd'hui encore, il est un certain nombre de ces moyens qui sont administrés sans qu'on tienne compte de la composition de ces concrétions; je crois donc devoir commencer par l'étude de ces moyens communs.

⁽¹⁾ Voy. Hématurie, Nephrite, Abcès rénaux.

Je serai ensuite connaître ceux qu'on a dirigés particulièrement contre les gravelles urique et phosphatique, et je dirai un mot du traitement de la gravelle oxalique et de la gravelle cystique. Ce n'est pas que je regarde comme parsaitement établie, ainsi qu'on le verra plus loin, la nécessité d'employer des moyens tout spéciaux pour chacune de ces espèces; mais cette division est nécessaire pour mettre de l'ordre dans l'exposition du traitement, et pour nous mettre à même d'apprécier à leur juste valeur les arguments des auteurs en saveur de leurs opinions, car nous trouverons la controverse établie sur la plupart des points que nous allons examiner.

1º Moyens dirigés indifféremment contre toute espèce de calcul rénal ou de gravelle. Lorsqu'il n'y a ni violente irritation des reins par les calculs ou par les graviers, ni passage difficile de ces torps étrangers dans l'uretère, etc., ou ne pratique ordinairement aucune émission sanguine; cependant, si le sujet est vigoureux, sanguin, pléthorique, beaucoup de médecins, et en particulier ceux qui, avec M. Civiale, regardent l'irritation comme une des principales causes de la gravelle, conseillent de tirer une certaine quantité de sang, soit par la saignée générale, soit plus ordinairement par l'application des sangsues et des ventouses scarifiées. Cette partie du traitement n'étant applicable qu'à un nombre de cas limités, je n'insiste pas davantage.

Les boissons abondantes sont universellement recommandées. L'important dans cette médication est d'introduire dans l'économie une grand quantité de liquidé aqueux, de manière que par ce seul fait, d'une part, l'urine se trouvant à un moindre degré de concentration, les parties solides restent plus facilement en dissolution; et, de l'autre, l'activité des reins se trouvant augmentée, le sable et les graviers qui pourraient se former soient plus facilement et plus promptement expulsés.

L'eau simple peut, par conséquent, être mise en usage dans ce but; les anciens auteurs, et en particulier Mead, recommandaient de ne boire que de l'eau de nivière, ce qui tenait à des idées particulières sur l'étiologie des calculs rénaux. Ils pensaient que les eaux de source et de puits, contenant ordinairement une grande quantité de carbonates alcalins, devaient favoriser la formation de calculs dans lesquels les sels alcalins se rencontrent assez fréquemment, comme nous l'avons vu plus haut; mais ces idées n'ont plus de crédit.

Le plus souvent on a recours à diverses infusions, dont la plupart sont regardées comme ayant une vertu diurétique. Ce sont les tisanes de racine de fraisier, de chiendent, de queues de cerises, de lierre terrestre, de pariétaire, de busserole de pareira brava (recommandée par Geoffroy).

Il est une substance qui a été regardée comme ayant une efficacité toute particulière dans le traitement de la gravelle; c'est le suc des jeunes pousses du bouleau. Van Helmont et Boyle, cités par Boerhaave (1), disent que le suc exprimé de ces pousses coupées au printemps, lorsqu'elles n'ont encore que trois travers de doigt de long environ, et donné à là dose de quelques cuillerées par jour, a été très utile aux calculeux. On sent que de pareilles assertions auraient besoin d'être appuyées sur les faits. Il faut ajouter que le suc est acidule, et que par conséquent on pourrait le regarder comme plus approprié au traitement de la gravelle où domine le principe alcalin, qu'à tout autre.

⁽¹⁾ Cham., t. 11.

Térébenthine. Il faut rapprocher des substances que je viens d'indiquer la térébenthine, qui a été donnée par bon nombre d'auteurs depuis Meïbomius, comme calmant la colique néphrétique, mais qui a été aussi administrée comme pouvant faire disparaître les concrétions urinaires. Le docteur Lutheritz l'a surtout préconisée, et voici comment le docteur Richter (1) administre cette substance:

7 Térébentine de Venise.... 2 gram. Extrait de réglisse..... 12 gram. Savon médical..... 12 gram.

Mêlez. Faites des pilules de 0,10 grammes. Dose : de 10 à 15 par jour.

Les bains tièdes prolongés, que l'on fait ordinairement prendre aux malades, agissent dans le même sens que les boissons abondantes.

M. Civiale recommande les opplications émollientes pour combattre l'irritation qui, selon lui, est la principale cause de la gravelle.

Diurétiques. Nous venons de voir que le principal effet des boissons précédents est de rendre les urines plus abondantes, et que par conséquent c'est comme diurétiques qu'elles agissent réellement; mais il est d'autres substances dont le vertu diurétique est plus marquée, et dont j'ai cru devoir dire quelques mots à part.

Les diurétiques employés contre la gravelle ne l'ont jamais été à des doses très considérables. Ainsi le nitrate de potasse, que l'on fait ordinairement dissoudre dans la tisane de chiendent, est administré à la dose de 50 à 60 centigrammes.

Ce n'est que comme diurétique que la bière légère (Ségalas), le vin de Champagne étendu d'eau, ont quelque effet dans le traitement de la maladie. Il serait inutile d'entrer dans de plus grands détails à ce sujet, rien n'étant plus facile que de diriger une semblable médication.

Que l'on fasse entrer ou non dans les boissons abondantes des diurétiques plus ou moins actifs, il est à craindre que l'estomac ne puisse pas les supporter, et que des troubles marqués dans les digestions ne viennent aggraver l'état du malade. C'est pour obvier à cet inconvénient que M. Magendie propose de donner ces boissons à la glace. Elles sont, en effet, généralement beaucoup mieux supportées en cet état.

Moyens divers. Quelques autres moyens applicables à toutes les espèces de gravelle ont été proposés par les auteurs. Voici les principaux :

Le copalm est une substance qui, par son action, se rapproche de celles qui ont été indiquées jusqu'à présent. Déjà quelques auteurs l'avaient recommandée, lorsque le docteur Chrestien (2), l'unissant à la décoction de café cru, en a sait ma des principaux médicaments opposés à cette maladie. Le traitement est dirigé de la manière suivante:

Faites des pilules de 0,30 grammes. Dose : 6 le matin et 6 le soir.

Immédiatement après avoir pris les pilules, on doit boire une grande tasse de la décoction suivante :

(1) Spec. therap.

⁽²⁾ Revue médicale, octobre 1836.

Faites bouillir pendant une demi-heure dans:

Dans la journée, on prend une troisième tasse de cette décoction.

Nous n'avons pas de données précises pour nous fixer sur la valeur de ce traitement, qui, d'après le docteur Chrestien, doit être continué pendant plusieurs années; et, d'un autre côté, ce ne serait pas sans doute une petite difficulté pour le médecin, d'engager le malade à se soumettre à une pareille médication pendant si longtemps.

Le docteur Roques (1) a également vanté les bons effets du café contre la gravelle.

Enfin, M. Foy (2) a cité un cas de guérison de gravelle urique chez un goutteux, par l'usage journalier de cette substance; toutesois, il faudrait de nouveaux saits pour établir définitivement son efficacité.

M. Levrat-Perroton (3) a vanté les bons effets de la marchantia conica (hépatique des fontaines). Cette plante, administrée aussi par M. Gensoul, est, snivant M. Levrat-Perroton, un diurétique meilleur, dans les cas de gravelle, que ceux qu'on a l'habitude de prescrire. Il la donne en décoction concentrée, à la dose d'un litre et demi à deux litres par jour. Il y a recours dans la dysurie dépendant de la présence des graviers et dans la colique néphrétique.

En Italie, on emploie comme lithontriptique, les gouttes de Palmieri (4), dont voici la formule.

Faites bouillir dans:

Eau de goudron..... 500 gram.

Maintenez l'ébullition jusqu'à ce que la liqueur ait pris une belle couleur rouge rubis. Décantez et conservez pour l'usage. Dose : de 13 à 20 gouttes comme moyen curatif, et 10 gouttes comme préventif.

Il saut en appeler à l'expérience pour savoir à quoi s'en tenir sur la valeur de ce remède.

Enfin je citerai l'usage du miel pris à la dose de 400 grammes par semaine, uniquement parce qu'il a été recommandé par Pringle, car rien ne prouve qu'il ait une efficacité réelle. Quelques médecins, et entre autres M. Civiale, ont conseillé les sudorifiques; mais la plupart des auteurs proscrivent ces médicaments, parce qu'il y aurait contradiction à exciter les transpirations chez des sujets dont on veut rendre les urines plus abondantes.

Toutesois on peut admettre que, dans les cas où les urines contiennent un dépôt considérable d'acide urique, une perte plus ou moins considérable, par la transpiration, des acides contenus dans le sang, peut avoir un bon effet.

On a encore prescrit les eaux sulfureuses en boisson et en bains, les bains froids, les douches de vapeur, etc.

Borsieri (5) conseille aux malades de ne pas se coucher du côté du rein affecté.

- (1) Bulletin de thérapeutique.
- (2) Bulletin général de thér., 15 mars 1848.
- (3) Revue med., novembre 1845.
- (4) Voy. Bull. gen. de thérap., 30 septembre 1849.
- (5) Inst. med. pract., t. IV, De nephralgid.

Il donne ce conseil dans l'intention de prévenir la formation des concrétions, en mettant l'organe dans une position moins déclive, et en facilitant l'écoulement de l'urine du rein dans la vessie, ce qui entraîne les concrétions, et les empèche d'acquérir un volume notable. Il est plus que douteux qu'on atteigne ce but par ce moyen mécanique, et l'on doit bien peu compter sur cette médication préventive.

Je ne parle pas ici de la recommandation que sait M. Magendie de se livrer à la marche et à l'équitation, parce que ces exercices, n'ayant pour but que de saire détacher les graviers avant qu'ils soient trop gros, ne sont qu'un moyen préventif de la colique néphrétique. J'y reviendrai en parlant de cette maladie.

Régime. Il semble que les opinions si diverses émises par les auteurs sur l'influence du régime ont dû les conduire à prescrire un genre de vie très différent, suivant la manière de voir de chacun; mais if n'en est rien. Ils s'accordent tous à proscrire les aliments succulents, les viandes noires, les liqueurs alcooliques. Des idées très diverses les ont conduits aux mêmes conclusions. Ceux qui, avec M. Magendie, regardent le régime succulent et les boissons alcooliques comme la principale cause de la gravelle, ont naturellement recommandé un régime opposé, et ceux qui, avec M. Civiale, n'accordent point d'influence réelle au régime, ont trouvé dans l'irritation qui, suivant eux, occupe le rein, un motif suffisant pour adopter cette pratique. C'est donc une manière de voir unanime que chez les sujets atteints de gravelle on doit recommander aux malades de se nourrir de viandes blanches, de poissons, de légumes, de manger peu, et de se priver de boissons acooliques. Quelques médecins, et en particulier M. Magendie, veulent même qu'ou supprime entièrement tout aliment contenant de l'azote, et qu'on se soumette à us régime purement végétal. Lobb (1) avait déjà insisté sur l'utilité du régime végétal. Mais ce que nous avons dit dans l'article consacré à l'étiologie doit nous faire regarder cette prescription comme beaucoup trop rigoureuse; car si l'on peut accorder une certaine influence au régime sur la production des concrétions urinaires. il ne faut pas en conclure que cette influence est due à la présence de l'azote dans les aliments. Cette explication, toute chimique, est bien loin d'avoir la valeur d'une démonstration.

2º Moyens dirigés particulièrement contre la gravelle urique. Lorsque les analyses chimiques ont fait parfaitement connaître la composition des concrétions urinaires, on a pu croire qu'il allait devenir facile de diriger contre chacune de leur espèces des moyens appropriés qui en triompheraient facilement; mais on a bientôt vu combien les réflexions de M. Liebig sur les médications de ce genre sont incontestablement justes. « Sans poser, dit cet auteur, les questions d'une manière précise, on a mis le sang, l'urine et d'autres parties de l'organisme, sain ou malade, en contact avec des alcalis, des acides et toute espèce de réactifs chimiques, et l'on est parti de ces réactions pour faire des inductions sur les phénomènes de l'économie. Quelquefois le hasard a conduit ainsi à un médicament utile; mais il est impossible qu'une pathologie rationnelle se fonde sur ces sortes de réactions, car l'économie animale ne peut pas être considérée comme un laboratoire de chimie. »

⁽¹⁾ A treat. on dissol. of a stone, etc.; Londou, 1739.

Ce que M. Liebig dit de la pathologie en général s'applique particulièrement au traitement de la gravelle urique. Comment ne pas être persuadé que cette gravelle acide devait céder, sans qu'il pût y avoir de doute à ce sujet, au traitement par les boissons alcalines? Aussi s'est-on empressé d'administrer ces boissons en plus grande abondance et avec plus de persévérance qu'on ne l'avait fait encore; mais les expériences regardées par quelques médecins comme entièrement favorables à la théorie sont loin d'en avoir convaincu quelques autres. Examinons rapidement les principaux points de ce débat important.

MM. Magendie (1) et Darcet (2) attirèrent d'une manière particulière l'attention des médecins sur le traitement alcalin de la gravelle urique, puis plusieurs auteurs rapportèrent des faits et des expériences en faveur de cette médication; mais c'est M. Ch. Petit (3) qui a principalement insisté sur l'utilité de la médication alcaline qu'il a employée très fréquemment à Vichy. Suivant lui, les calculs d'acide urique, même volumineux, sont dissous, sur le vivant, après avoir été transformés en trates solubles. Tel est l'état de la question dans sa plus grande simplicité, car nous devous ici écarter les expériences faites en plongeant des calculs dans de l'eau alcaline, ou en les soumettant à un courant de ce liquide. Ces expériences ont pu, en effet, porter à recourir aux eaux alcalines, mais ce n'est que sur les faits cliniques qu'on peut établir une opinion solide. Or ces saits ont été vivement critiqués par M. Civiale et surtout par M. Leroy d'Étiolles, qui a étudié avec le plus grand soin ce point important de thérapeutique. Ce dernier auteur a démontré que la plupart des faits cités par M. Ch. Petit manquaient des conditions nécessaires pour établir la conviction dans les esprits sévères; que dans beaucoup, la présence du calcul n'avait pas été suffisamment constatée (4); que jamais on ne les avait mesurés exactement, et qu'ensin les améliorations éprouvées par les malades s'obærvent tous les jours sous l'influence d'une autre médication, et même en l'absence de toute autre médication.

D'un autre côté, M. Leroy d'Étiolles a cité plusieurs cas dans lesquels les alcalins pris à l'intérieur ont été complétement inutiles, et, ce qui est bien plus grave, d'autres où ce traitement a été nuisible. Cet auteur a, en effet, coustaté la présence du carbonate de chaux, formant une ou plusieurs couches, sur des calculs composés d'autres substances, et il a montré que ces couches, que M. Petit regardait comme une preuve de l'action dissolvante des eaux alcalines, étaient dues, non à la décomposition de la partie la plus superficielle des calculs, mais bien au dépôt des sels terreux contenus dans les urines et précipités par l'alcalinisation de celles-ci; d'où il suit que les calculs avaient augmenté de volume sous l'influence du traitement. M. Bouchardat a été conduit aux mêmes résultats, en examinant des calculs avant et après le traitement par les alcalins. Enfin on a cité des faits où il a été permis de penser, quoiqu'on n'en ait pas eu la démonstration directe, que la

⁽¹⁾ Recher. sur la grav.; Paris, 1828.

⁽²⁾ Annales de chimie et de physique, 1826.

⁽³⁾ Du trais. méd. des calculs urinaires, etc.; Paris, 1835 — Nouv. observ. de guérison des calculs urin. au moyen des eaux therm. de Vichy; Paris, 1837. — Du mode d'action des eaux minérales de Vichy et de leurs applications thérapeutiques, etc.; Paris, 1850, p. 153 et suiv.

⁽⁴⁾ Dans la discussion, les auteurs ont parlé en même temps de la gravelle, des calculs rénaux et des calculs vésicaux, et c'est surtout de ces derniers qu'ils se sont occupés; mais on conçoit que ce qui se dit d'une de ces espèces de concrétions urinaires pent facilement s'appliquer aux autres.

l'urine, et les autres phénomènes qui vont être décrits. Les cas qui m'ont été communiqués par M. Cossy sont venus me confirmer dans cette manière de voir. Sous ce rapport donc, l'inflammation des reins ne dissère pas de celle des autres organes, et le frisson qu'elle présente n'a rien de particulier.

La néphrite aigue qui a été occasionnée par une contusion ou une blessure du rein a cela de particulier, relativement à son début, qu'elle survient au milieu des symptômes produits par la blessure ou par la contusion, ou bien que, ceux-ci s'étant calmés, elle se manifeste par les signes qui lui sont propres. De même, cette maladie se produisant parfois, ainsi que nous l'avons vu, dans le cours d'autres affections des voies urinaires, c'est au milieu des phénomènes causés par ces dernières qu'il faut chercher ceux qui annoncent l'invasion du rein par l'inflammation, et qui sont l'apparition ou la recrudescence de la douleur rénale, et parfois le frisson.

Symptômes. La douleur, qui, contrairement à l'assertion de M. Rayer, s'est montrée fréquemment comme le premier symptôme de la néphrite aiguë, n'occupe ordinairement, suivant cet auteur, qu'un seul côté; je vois, au contraire, que dans ceux qui ont été observés par M. Louis, elle a toujours existé dès le début dans les deux régions rénales. Parfois, après avoir envahi un rein, elle se porte à celui du côté opposé. Quant à la limite que peut occuper cette douleur dans ces régions, il est impossible de la déterminer rigoureusement. Contentons-nous donc de dire, avec M. Rayer, que quelques auteurs ont donné pour limites à la douleur du rein gauche, d'une part la onzième côte, et de l'autre la crête de l'os des iles, et à celle du rein droit ce dernier point et la douzième côte. Suivant M. Naumann (1), la douleur du rein droit gagnerait le foie, et celle du rein gauche les parties inférieures. Ce qu'il importe de savoir, c'est que le point de départ de la douleur est au niveau du muscle carré des lombes, et qu'on observe des irradiations que nous allons indiquer.

Ces irradiations n'ont pas lieu dans tous les cas, et il est très probable qu'on aurait trouvé un plus grand nombre d'exceptions, si l'on n'avait pas confondu dans une seule description la néphrite simple non calculeuse et la néphrite calculeuse. Mais cette confusion est si grande, qu'il est impossible de distinguer clairement, dans les auteurs, les symptômes causés par l'inslammation de la glande urinaire et ceux qui sont produits par l'irritation que détermine la présence des calculs. M. Rayer, qui, plus que les autres auteurs, a recherché ce qui appartient en propre à la néphrite proprement dite, est aussi celui qui a reconnu le plus explicitement la possibilité de cette concentration de la douleur dans la région du rein. Cependant il serait inexact de dire que, lorsqu'il n'existe aucun calcul, la douleur ne s'irradic pas, car elle peut se porter au loin, en suivant certaines directions. Il résulte de la lecture des observations rassemblées par M. Rayer, que lorsque la néphrite n'est pas causée par les calculs, la douleur s'irradie presque invariablement le loug des uretères, de la vessie et du canal de l'urêtre, et qu'elle gagne le testicule et même la cuisse du côté affecté. Dans les cas où l'on a vu cette douleur se porter vers l'estomac, vers le foie et vers l'épaule, on a cu presque toujours, si ce n'est toujours, affaire à une néphrite calculeuse. C'est donc là un phénomène important.

Les caractères de la douleur varient suivant les cas. Elle est quelquesois très

^{11,} Handbuch der medicin. Llinik., t. VIII.

vive et paraît superficielle, et plus souvent elle est sourde et prosonde. Si l'on ne distinguait pas la néphrite non calculeuse de la néphrite calculeuse, il saudrait s'exprimer disséremment, car les douleurs causées par l'action d'un calcul sont presque toujours très vives, et l'on peut dire que la douleur due à l'inslammation n'égale jamais celle que produit un calcul qui se déplace. Nous trouvons ici la même dissérence que nous avons signalée entre la douleur due à l'inslammation du parenchyme du soie et celle que produit un calcul biliaire engagé dans les conduits d'excrétion de ce viscère.

Voici ce que dit M. Rayer relativement à la forme de la douleur : « On a dit que la douleur rénale était quelquesois pulsative, mais il est bien rare qu'elle se présente avec ce caractère ; ce sentiment de pulsation est au contraire ordinaire dans les périnéphrites. » J'ajoute que, d'après les observations de néphrite non calculeuse, la douleur consiste ordinairement dans un sentiment de tension souvent extrêmement incommode.

Un phénomène particulier qui a été signalé par M. Rayer, et qu'il importe de connaître, est le suivant : « On a vu des cas, dit cet auteur, dans lesquels la douleur à la vessie était plus vive que la douleur rénale ; il y avait en même temps émission fréquente de très petites quantités d'une urine décolorée et transparente, sans globules muqueux ; et dans des cas où la vessie avait été le siége principal, sinon exclusif, des douleurs, elle n'a présenté, après la mort, que des lésions très légères, tandis que les reins étaient profondément altérés. »

Quoique les points qui viennent d'être indiqués soient ceux qui sont ordinairement occupés par la douleur, il ne faut pas croire qu'ils en soient toujours uniquement le siège. Dans plusieurs observations, en effet, je trouve qu'une grande partie de l'abdomen et la région lombaire tout entière étaient occupées par des douleurs assez vives. Mais, même dans ces cas, ce sont les points dont il s'agit qui sont principalement douloureux.

Ce que je viens de dire s'applique à la douleur spontanée; il importe maintenant d'étudier la douleur à la pression et l'augmentation de ce symptôme sous quelques influences particulières, ce qui n'offre pas moins d'intérêt. Je me contenterai de citer M. Rayer, qui a étudié les faits avec soin, sous ce rapport : « Si, dit-il, on pose la main sur la partie antérieure de la région lombaire, et qu'avec l'autre main appliquée en arrière de la même région, on presse fortement, le malade, pour éviter la douleur, soulève quelquefois brusquement le bassin, en arquant la partie inférieure du tronc.

- » La douleur rénale augmente lorsque les malades s'assoient, se courbent en avant, etc.; par la commotion de la toux, par l'éternument, par une inspiration profonde, et généralement dans tous les mouvements du tronc.
- " La douleur rénale peut être augmentée par le coucher sur le côté affecté; lorsque les deux reins sont enslammés, le malade est étendu sur le dos.
- " La chaleur du lit ou l'application de corps chauds augmentent quelquesois la douleur. "

Quant à la marche de la douleur, on a dit qu'elle offre cela de remarquable, qu'elle n'est pas continue, et qu'elle a des exacerbations séparées par des moments de calme très marqués. En lisant les observations, je n'ai vu cette particularité très prononcée que dans un très petit nombre de cas qui avaient une physionomie

particulière; dans les autres, la douleur offrait quelques exacerbations, mais restait assez vive dans les intervalles. C'est ce qui avait lieu chez les onze malades observés par M. Cossy dans le service de M. Louis.

Si l'on examine la région dans laquelle s'est développée cette douleur si incommode, on n'observe rien de particulier ni sous le rapport de la conformation, ni sous le rapport de la coloration et de la température; le siége de l'inflammation est trop profond pour qu'on puisse en apercevoir aucune trace à la surface. M. Rayer a néanmoins cité un cas où l'on pouvait sentir une tumeur au-dessous du bord libre des côtes, point dans lequel il y avait une vive douleur. Mais les cas de ce genre sont tout à fait exceptionnels.

On a dit que la percussion pourrait être utile pour éclairer le diagnostic de l'inflammation des reins; mais les expériences fatigantes pour les malades, et sans résultat utile, qui ont été faites par M. Piorry, ne doivent pas engager le médecin à employer ce moyen d'exploration. Par la percussion, on ne peut que reconnaître l'existence de la douleur rénale; mais nous avons vu que la palpation, convenablement pratiquée, suffit parfaitement pour cela; et en supposant même qu'on parvînt à déterminer rigoureusement, par ce moyen, l'augmentation de volume du rein, devrait-on acheter la connaissance d'un signe d'une importance aussi secondaire au prix de tous les désagréments que l'exploration occasionne au malade, lorsque nous avons tant d'autres signes qui indiquent l'inflammation rénale, affection qui, quel que soit son siége précis, réclame les mêmes moyens de traitement. Je sais, et je l'ai dit et répété souvent, qu'il faut en médecine des recherches exactes; mais il y a en tout des excès qu'on doit éviter, et celui que je signale ne paraîtra pas contestable à un médecin sérieux.

Après la douleur, le symptôme le plus important est, sans contredit, le trouble toujours très marqué qu'on observe dans la sécrétion et dans l'excrétion de l'urine. M. Rayer a, sous ce rapport, donné un résumé exact des observations qu'il a rassemblées, et je ne peux, par conséquent, mieux faire que de lui emprunter sa description: « Lorsque, dit-il (1), la maladie est à son début ou dans son état, l'urine est modifiée dans sa quantité, dans son apparence et dans sa composition. La sécrétion de l'urine est toujours diminuée et quelquefois complétement supprimée, surtout lorsque les deux reins sont affectés. L'excrétion de l'urine est rare (deux ou trois émissions dans les vingt-quatre heures), ou bien le malade, tourmenté par des besoins continuels d'uriner, ne rend que quelques gouttes d'urine à la fois; et si l'on introduit une sonde dans la vessie, on ne retire que quelques gouttes d'urine gouttes d'urine très colorée... »

Ces symptômes ont été étudiés avec plus de rigueur dans les cas que M. Cossy a recueillis dans le service de M. Louis. Ce qu'on a observé dans ces cas qui peuvent être regardés comme des néphrites simples est trop intéressant pour que je puisse me dispenser de rapporter ici la note qui m'a été communiquée à ce sujet par M. Cossy. Je la reproduis textuellement : « Onze malades ont éprouvé dans le cours d'affections diverses, et pendant leur séjour à l'hôpital, les accidents suivants : Douleurs plus ou moins intenses aux lombes, diminution notable ou même suppression presque complète des urines ; chez quelques uns il y avait accélération du

⁽¹⁾ Traité des maladies des reins, t. 1, p. 302.

pouls, et de la chaleur. Chez tous les malades, les symptômes se dissipèrent soit spontanément, soit à la suite d'application de sangsues ou de ventouses scarifiées aux régions lombaires, et dans aucun cas ne persistèrent au delà de quarante-huit heures. A part sa diminution de quantité, l'urine n'offrit chez aucun sujet d'altération appréciable dans ses caractères physiques. »

- « L'urine, dit M. Rayer, contient toujours une certaine quantité de sang dans la néphrite aiguë traumatique, lorsque l'inflammation se déclare peu de temps après la blessure. On voit aussi quelquesois une certaine quantité de sang ou de sérum se mêler accidentellement avec l'urine, la rendre sanguinolente ou albumineuse dans d'autres néphrites simples aiguës, produites par l'impression du froid et de l'humidité, ou par l'absorption des cantharides. »
- M. Rayer signale ensuite la présence de l'albumine dans un bon nombre de cas de néphrite simple, et fait observer que cette substance ne se montre pas, en pareil cas, d'une manière constante; puis il constate que ce liquide est légèrement acide, quelquesois neutre ou alcalin, que l'acide urique et les urates y sont en moins grande proportion que dans l'urine saine, et que le dépôt muqueux, ou plus rarement le léger sédiment de pus qui peut se montrer dans l'affection qui nous occupe, appartient, non à la néphrite elle-même, mais à l'extension de l'inflammation aux calices et au bassinet; enfin il ajoute:
- L'apparence ou les caractères physiques de l'urine sont nécessairement variables dans la néphrite simple aigué. Lorsque l'urine contient une certaine quantité de sang, elle peut être d'un rouge plus ou moins vif ou d'un brun foncé; ce qui a fait dire à quélques pathologistes que, dans la néphrite, l'urine avait une teinte plus foncée que dans aucune autre maladie insammatoire.
- Dans une variété de néphrite (néphrite arthritique), l'urine présente quelquefois une teinte foncée due à un excès de matière colorante de l'urine. Dans ce cas,
 l'urine est très acide et offre par le refroidissement un dépôt considérable d'acide
 prique et d'urates. » J'ai cité cette assertion de M. Rayer, quoique jusqu'à présent il n'ait point été question de cette variété de néphrite, dont je dirai un mot
 plus tard; j'ai cru devoir le faire, parce que cette proposition tend à propager une
 erreur. On pourrait croire, en effet, en lisant ces lignes, que les caractères de
 l'urine, qui viennent d'être indiqués, appartiement à la néphrite elle-même,
 que sans l'existence de la néphrite ils ne se manifesteraient pas; mais à propos de
 la néphrite rhumatismale, l'auteur dit lui-même que cette apparence des urines
 est un symptôme de la maladie générale, et n'est nullement de nature à faire
 soupçonner l'affection des reins. Il était important de constater ce fait.
- « Lorsque la néphrite simple aiguë, ajoute M. Rayer, est dans son état ou à son summum, et lorsqu'elle n'a pas été produite par une plaie ou une contusion, le plus souvent l'urine ne contient pas de sang; alors elle est pâle, ou peu colorée, peu chargée d'acide urique; ce qui a fait ajouter que, dans la néphrite, au plus haut degré d'intensité, l'urine était tout à fait aqueuse....
- » On a dit que dans la néphrite l'urine était trouble et purulente lorsque la maladie se terminait par suppuration, et que l'urine présentait alors un sédiment blanc et purulent. Mais ce caractère appartient bien rarement à la néphrite. Ordinairement le pus est le produit de l'inflammation de la membrane interne du bassinet, de l'uretère, de la vessie et de l'urètre, qui complique souvent, il est

vrai, celle des substances rénales proprement dites. Dans des cas de néphrite simple aiguë avec dépôts de pus dans la substance corticale, sans inflammation du bassinet et des autres parties des voies urinaires, j'ai constaté plusieurs fois, pendant la vie, que l'urine ne contenait pas de pus. On a regardé comme provenant de la substance rénale proprement dite en suppuration le pus fourni par de véritables pyélites aiguës ou chroniques. Je n'ai rencontré, dans l'urine, le pus provenant des substances rénales que dans des cas très rares où les mamelons étaient atteints d'une inflammation ulcérative, ou lorsqu'un foyer de pus, formé dans le rein, s'était fait jour dans le bassinet. » Dans les cas de suppuration des reins, recueillis par M. Cossy, les urines n'ont pas été purulentes, mais seulement troubles, ce qui vient confirmer les remarques de M. Rayer.

« En résumé, ajoute cet auteur, de tous les caractères que présente l'urine dans la néphrite simple aiguë, il n'en est aucun qui, considéré en lui-même, puisse faire reconnaître cette maladie. »

J'ai cru devoir donner ces détails, quoiqu'ils ne nous aient conduits qu'à des résultats négatifs, parce qu'aujourd'hui les médecins s'occupant beaucoup des altérations des humeurs dans les maladies, il est indispensable de savoir ce qu'ont produit les recherches déjà entreprises, et que, pour le diagnostic, il faut avoir un point de comparaison précis. Si M. Rayer est parvenu à des résultats différents de ceux que les auteurs qui l'ont précédé ont annoncés d'après une simple inspection, c'est que, d'une part, il a examiné les choses de plus près, et que, de l'autre, il a distingué l'inflammation de la substance même du rein de celle des premières parties des conduits urinaires. Or, comme cette distinction a son importance, et que nous l'avons admisé, ce sont ces résultats que nous devons adopter.

M. Becquerel (1), ayant recherché, dans un petit nombre de cas (six) de néphrite sans inflammation des conduits urinaires, l'état des urines, a trouvé tout simplement qu'elles étaient fébriles (c'est-à-dire peu aqueuses, foncées en couleur et chargées de matières salines, car c'est là ce que cet auteur entend par l'expression d'urines fébriles) sans autre altération. Mais cela ne change rien à ce que nous venons de dire, car tout dépend de l'époque à laquelle l'observation a été faite; et, comme M. Becquerel ne nous l'apprend pas, nous n'avons aucune déduction à tirer de ces faits.

La rétraction du testicule du côté malade a été observée un assez grand nombre de fois, et sur trois cas en particulier où la néphrite s'était devéloppée sans cause appréciable, ce phénomène s'est montré deux fois. En pareil cas, le testicule se porte vers l'anneau, laissant le scrotum de son côté ridé et revenu sur lui-même. Parfois cette rétraction est douloureuse. Je dois toutefois faire remarquer, à propos de ce symptôme, qu'il est probable que, dans plusieurs des cas cités comme des exemples de néphrite simple avec rétraction du testicule, il y avait plutôt une pyélite causée par un calcul rénal; car la néphrite, en l'absence de calcul des reins, affecte bien rarement un seul de ces organes. C'est ce qui résulte de l'examen des faits observés par M. Louis et recueillis par M. Cossy. De tous ceux, en effet, où l'existence de la néphrite a pu être vérifiée par l'autopsie, il n'en est aucun où une néphrite simple soit aiguë, soit chronique, ait été bornée à l'un des reins. Or,

⁽¹⁾ Semeiotique des urines; Paris, 1841.

comme la rétraction du testicule n'est presque jamais mentionnée que d'un seul côté, il est plus que probable qu'elle a été occasionnée maintes fois par une véritable colique néphrétique.

Tous les auteurs ont longuement insisté sur les dérangements qui surviennent du côté des voies digestives dans la néphrite simple aiguë; mais aucun ne les a étudiés avec toute la rigueur nécessaire. On a cité, comme appartenant à cêtte maladie, les nausées, les vomissements, les vomituritions, les douleurs intestinales, la constipation; mais ces phénomènes appartiennent bien plus à la néphrite occasionnée par les calculs qu'à celle dont il a été question jusqu'à présent; et s'il est des cas où il y a eu des vomissements de matières bilieuses, muqueuses, ou ayant quelquesois l'odeur urineuse, sans qu'il ait existé aucun calcul dans le rein, on doit les regarder comme entièrement exceptionnels. Ce qui appartient réellement à la néphrite dont il est ici question, c'est l'enduit muqueux de la langue, un certain degré de soif, l'anorexie; en un mot, des symptômes communs à toutes les inflammations assez intenses pour déterminer un mouvement fébrile.

Les symptômes généraux de la néphrite simple aiguë sont très difficiles à apprécier avec les documents qui nous sont fournis par les auteurs. Ce que nous savons de plus précis, c'est que, au moment où l'inflammation prend un assez haut degré d'intensité, le pouls devient dur, élevé, fréquent, et que, si la maladie fait de grands progrès, il devient petit, concentré, sans perdre de sa fréquence, ou même en présentant un plus grand nombre de pulsations. En même temps la peau est chaude et sèche. On a remarqué dans les symptômes généraux ces exacerbations tranchées, que j'ai déjà signalées à propos de la douleur, et ces exacerbations ont été quelquesois tellement violentes, que la maladie a simulé des accès de sièvre intermittente pernicieuse. Mais ce sont là encore des cas exceptionnels que nous ne devons même accepter qu'avec quelques restrictions, parce qu'il n'est pas parsaitement prouvé que le déplacement d'un calcul ne sût pas uniquement la cause de ces phénomènes rémittents. Dans les saits observés par M. Cossy, il n'y a eu rien de semblable.

Soivant M. Rayer, il n'y a pas un rapport constant entre l'intensité de la sièvre et les principaux symptômes locaux, c'est-à-dire la douleur rénale et la diminution de la sécrétion urinaire. Cette proposition peut être juste; mais si l'on admettait sans discussion les faits rapportés par l'auteur que je viens de citer, on courrait risque de tomber dans une grande exagération. M. Rayer a rassemblé, en esset, plusieurs cas dans lesquels il y avait sièvre très violente, coma, stupeur, putridité, et il les a donnés comme des cas de néphrite simple aiguë. Mais, quand on examine attentivement les observations, on voit qu'il n'est nullement prouvé qu'il n'existât pas, en même temps que l'affection rénale, une maladie générale, et en particulier une infection purulente, qui n'a pas été recherchée dans tous les cas, il s'en faut. Il ne répugne pas toutefois d'admettre qu'une maladie qui détermine promptement la suppuration, la désorganisation d'un organe comme le rein, puisse produire des symptômes généraux très intenses; le coma, le délire, la stupeur étant sous l'influence de la fièvre, tout dépend de l'intensité de celle-ci, et l'on sait que, dans la plupart des inflammations, il y a un certain nombre de cas où ce mouvement fébrile est hors de toute proportion; mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'il saut, pour que ce sait puisse être convenablement apprécié et pour qu'on puisse savoir si la néphrite présente sous ce rapport quelque chose de particulier, que les recherches soient plus exactes et plus rigoureuses qu'elles ne l'ont été jusqu'à présent.

Lorsque la maladie tend à sé terminer par la guérison, la sièvre tombe en même temps que la douleur commence à s'apaiser; puis celle-ci disparaît peu à peu; les urines deviennent plus faciles, plus abondantes, et le malade entre promptement en convalescence. Dans le cas contraire, le pouls devient petit et serré, les urines se suppriment, il survient de l'abattement, et c'est alors qu'on voit succomber les malades dans le délire et le coma. Lorsqu'il se forme un ou plusieurs soyers purulents dans la substance du rein, il se maniseste quelques phénomènes dont il importe de dire un mot à part, bien que ce sujet n'ait point été, à beaucoup près, convenablement étudié.

Abcès du rein. Lorsqu'un ou plusieurs abcès se forment dans le rein, on peut croire d'abord (à moins que ces lésions ne soient le résultat d'une infection purulente, auquel cas la maladie générale prédomine), on peut croire que l'affection tend à une terminaison favorable, parce que la douleur se calme et que le malade éprouve un bien-être momentané; mais bientôt le pouls reprend de la fréquence; une gêne, une pesanteur, parfois une douleur pulsative se font sentir dans la région rénale, et l'on observe enfin de petits frissons revenant par accès, état qui se prolonge pendant plusieurs jours. Les cas de ce genre où l'abcès n'occupe que la substance rénale même sont bien rares, et le plus souvent le tissu qui environne le rein participe à l'inflammation; il y alors complication de périnéphrite, pour nous servir de l'expression de M. Rayer.

- « Cette collection purulente, dit Boyer (1), produit entre les muscles et le péritoine une tumeur s'étendant plus ou moins dans la région lombaire, et qui se prolonge quelques in devant sur les côtés du ventre. Chez quelques individus, la résistance et l'épaisseur des parois de l'abdomen ne permettent pas au líquide de saire saillie au dehors : il se porte alors vers la colonne vertébrale et le bassin, et dans ce cas il est sort dissicile de reconnaître sa présence. Néanmoins la chome n'est pas toujours impossible, surtout si l'on prend la précaution de saire coucher le malade sur le côté et de comprimer les parois du ventre en dissérents seus pour rassembler le pus dans un soyer plus étroit, ce qui rend la fluctuation moins obscure.
- Dans les cas dont nous venons de parler, le diagnostic est très obscur; il l'est un peu moins quand le pus prend sa direction vers les lombes. Quelquesois alors l'abcès sorme dans cette région une tumeur dans laquelle l'ondulation du liquide se sait distinctement sentir. D'autres sois la suctuation est douteuse, ou ne peut être reconnue: il est même des cas où il n'y a pas de signes extérieurs qui indiquent le siège du pus, si ce n'est quelquesois un empâtement, une cedématie des téguments... Lorsqu'on sait placer le malade sur le ventre ou sur le côté opposé, pour rendre saillante la partie affectée, il épronve le sentiment d'un poids suspendu à cette partie... »

Dans cette description il n'est pas sait mention de la présence du pus dans les urines, et avec raison, puisque avec M. Rayer on doit reconnaître que dans les cas

⁽¹⁾ Trailé des maladies chirurgicales, t. VIII, 4º éd., p. 477.

d'urine purulente le pus vient des calices ou des bassinets et non du rein lui-même. Cependant on a cité quelques faits fort rares dans lesquels un abcès rénal s'est ouvert dans le bassinet; l'apparition subite d'une quantité considérable de pus dans les urines, qui jusqu'alors avaient eu les caractères décrits plus haut, le soulagement qu'éprouve le malade, l'inflammation de la vessie qui peut résulter du passage de cette matière purulente, serviront à faire reconnaître cette rupture de l'abcès dans les conduits urinaires. On a vu aussi quelquesois la collection purulente s'ouvrir et se vider dans le colon; il survient alors absolument les mêmes phénomènes que dans les cas de rupture d'abcès du foie ou de la vésicule biliaire dans le même intestin; il serait par conséquent inutile de reproduire ici des signes déjà exposés avec détail (1). Disons seulement que dans les cas où l'on a été porté à admettre l'existence d'un abcès du rein, on doit, si l'on voit survenir un soulagement très prompt et très considérable, examiner avec soin les selles aussi bien que les urines, car l'existence du pus dans les selles est le signe capital de cette rupture de l'abcès rénal dans l'intestin.

M. le docteur Hutton (2) a vu chez un enfant de cinq ans une périnéphrite dans laquelle la capsule propre décollée formait un sac plein de matière purulente qui entourait le rein. Il y avait fistule rénale.

Néphrite calculeuse. Début. Il semble que rien ne soit plus facile que de fixer le début de la néphrite calculeuse, ou, pour mieux dire, de la néphrite produite par la présence d'un calcul. Les auteurs qui n'ont établi aucune distinction entre l'inflammation de la substance du rein et celle des calices et du hassinet, n'ont eu en effet à indiquer que les symptômes violents, subits, qui résultent de l'engagement de ces calculs dans un canal qu'ils irritent, ou de leur déplacement dont la conséquence est de mettre leurs aspérités en contact avec la membrane des cavités où ils se trouvent. Mais comme il n'y a aucun rapport réel entre cet état morbide et les symptômes occasionnés par l'inflammation de la substance rénale elle-même, on ne peut, en bonne logique, dire que c'est là le début de la néphrite.

Si nous examinons les faits, nous voyons qu'il est impossible de dire quel est le moment où l'inflammation a envahi cette substance, et par conséquent de déterminer le début de la maladie qui nous occupe ici. Si l'on parvient plus tard à s'assurer que le rein est atteint de phlogose, les symptômes de colique néphrétique serviront à faire reconnaître la cause à laquelle il faut rapporter cette affection; ils nous apprendront qu'il s'agit d'une néphrite calculeuse; mais, je le répète, quand on ne se laisse pas tromper par de simples apparences, on ne peut, avec, la plupart des auteurs, attribuer ces symptômes à la néphrite elle-même. Je reviendrai sur ce point lorsque j'aurai à traiter de la colique néphrétique.

Symptômes. Est-il quelque signe certain qui fasse reconnaître l'existence de l'instammation aiguë de la substance du rein dans les cas de calculs biliaires?

Il n'y a évidemment que l'augmentation de volume et la grande sensibilité de l'organe, lorsqu'on peut les constater par la palpation, et encore saut-il être très réservé dans le diagnostic, car l'obstacle qui s'oppose à l'écoulement de l'urine et du pus peut occasionner une distension considérable du bassinet et des calices, d'où résulte une ampliation du rein qui est de nature à en imposer pour une aug-

⁽¹⁾ Voy. Abcès du foie, t. III.

⁽²⁾ Dubl. quart. journ. of med., novembre 1848.

mentation de volume de sa substance. Quant à l'écoulement du sang et de la matière purulente, à la violence des douleurs, à leurs irradiations, à la brusque disparition des symptômes, à leur retour, etc., ce sont des signes de la colique néphrétique, dans laquelle l'inflammation reste le plus souvent bornée aux membranes des calices et du bassinet, et où l'on ne peut pas voir une néphrite proprement dite.

Il résulte de ce que je viens de dire que, dans l'état actuel de la science, la néphrite calculeuse ne doit être regardée que comme une simple extension d'une inflammation bien plus importante, qu'elle n'apporte à la maladie principale aucun changement bien intéressant à constater, et que par conséquent elle ne doit pas préoccuper le praticien.

§ IV. - Marche; durée; terminaison de la maladie.

Nous avons vu, en parlant de la douleur et de la sièvre, que ces symptômes ont été regardés comme plus manisestement intermittents dans l'affection qui nous occupe que dans la plupart des autres afsections non périodiques; mais nous avons sait aussi remarquer l'exagération de cette proposition. Il est certain néanmoins que, dans quelques cas de néphrite simple non calculeuse, la maladie a marché de manière à simuler jusqu'à un certain point une sièvre intermittente pernicieuse. M. Rayer en a cité un exemple remarquable; mais, dans le plus grand nombre des cas, les alternatives d'exacerbation et de sédation n'ont pas été telles, il s'en saut de beaucoup, qu'on puisse établir ce sait en règle générale. Lorsque cette intermittence plus ou moins marquée vient à se montrer, on ne peut s'empêcher de rapprocher les saits de ce genre de ce qu'on observe parsois dans d'autres afsections des voies urinaires où le cathétérisme sussit pour produire une sièvre intermittente très marquée. Toutesois il saut attendre, pour apprécier ces saits d'une manière précise, que des observations plus exactes et plus nombreuses soient venues dissiper tous les doutes qui peuvent encore exister.

La durée de la maladie est variable suivant les cas. Dans les observations rapportées par M. Rayer, on voit que, lorsque la guérison a eu lieu, elle a puêtre en général constatée du septième au neuvième jour, si la néphrite était simple, non calculeuse, et si l'affection ne se terminait pas par suppuration. Nous avons vu plus haut combien était courte la durée de l'affection dans les cas observés par M. Louis, et nous avons en particulier noté que la suppression de l'urine n'avait jamais duré plus de quarante-huit heures. Dans la néphrite calculeuse, il est impossible de dire quelle est la durée du mal, puisqu'on ne peut, d'aucune manière, ainsi que nous l'avons vu plus haut, connaître le moment où l'inflammation s'empare de la substance du rein. Tout ce que nous savons, c'est qu'une fois la cause déterminante (c'est-à-dire le calcul) enlevée, la guérison est extrêmement rapide. Lorsqu'il se forme un ou plusieurs abcès, la maladie a toujours une assez longue durée, car l'évacuation du pus, quelle que soit la voie par laquelle elle se fait, et la cicatrisation de l'organe, demandent toujours un temps considérable.

La néphrite simple aiguë qui n'a pas pour résultat la suppuration est une maladie qui, d'après les observations de M. Rayer, se termine ordinairement par une guérison solide. Mais ici se présentent les objections que j'ai déjà dû adresser à un certain nombre des observations citées par cet auteur. L'ingestion de certains poisons produit-elle une inflammation véritable? Et lorsque les accidents du côté des voies urinaires se sont calmés aussi bien que les accidents généraux, peut-on dire qu'il y a guérison d'une néphrite? C'est ce qui n'est nullement démontré. Mais dans des cas de néphrite simple aussi bien caractérisée que possible, produite par des causes toutes différentes, la guérison a été obtenue, en sorte qu'il ne s'agit ici que d'une question de nombre. D'ailleurs nous avons vu que, dans les cas recueil-lis dans le service de M. Louis, des accidents notables, et qu'on peut très bien rapporter à une néphrite simple, se sont promptement dissipés.

Lorsque la suppuration s'empare de l'organe, l'affection est presque toujours mortelle, et cette terminaison a lieu soit avant l'évacuation du pus, et pour ainsi dire par la seule force du mal, soit après l'évacuation du pus par diverses voies, et par suite de l'affaiblissement graduel du malade ou des accidents divers qui peuvent survenir. Lorsque j'ai eu à traiter de la péritonite par rupture d'un abcès, j'ai mentionné celle des abcès des reins dans le péritoine, cas rare et toujours mortel.

§ V. — Lésions anatomiques.

L'anatomie pathologique de la néphrite a été mieux étudiée que les autres points de son histoire; mais il me suffira d'indiquer les principales lésions, les détails dans lesquels les auteurs sont entrés n'étant pas de nature à trouver place dans cet ouvrage.

L'augmentation, parsois très considérable de volume, la rougeur et le ramoltissement de l'organe, lorsque la suppuration ne s'en est pas encore emparée,
sont les lésions caractéristiques de l'inflammation à l'état aigu. C'est la substance
corticale qui est le siége de ces altérations. Les diverses formes d'injection d'où
résulte la rougeur sont assez nombreuses, d'après les recherches de M. Rayer.
Cet auteur a vu un pointillé rouge vis, l'injection marquée des vaisseaux corticaux, d'où il résultait que les polygones veineux étaient plus visibles, etc.
Quelquesois les glandules de Malpighi se sont montrées à la coupe et souvent à l'extérieur du rein, sous la forme de petits points noirs isolés ou rapprochés, en groupes ou en stries.

M. Rayer a trouvé quelquesois un endurcissement du rein, au lien d'un ramollissement, à la suite d'une, inflammation aiguë. Est ce là un mode de
terminaison de l'inflammation? C'est ce que l'analogie doit uous porter à penser;
toutesois on ne doit admettre cette manière de voir qu'avec une certaine réserve,
car l'auteur ne nous dit pas combien de temps après le début de l'inflammation est
survenue la mort. M. Rayer a vu aussi des points anémiques au milieu de parties
rouges endurcies, etc.

Lorsque la suppuration s'est emparée de l'organe, on observe les particularités suivantes: « Le dépôt de pus dans les substances rénales a lieu, dit M. Rayer, sous diverses formes, qu'on rencontre surtout dans la substance corticale, plus fréquemment enflammée que la substance tubuleuse. Pour être reconnus, plusieurs de ces dépôts exigent uue assez grande attention. Ainsi de petits dépôts de pus du volume de la tête d'une grosse épingle, situés au centre des polygones du réseau vasculaire du rein, apparaissent à l'œil nu comme des graius de sable blanchâtre,

entourés d'un liséré d'un rouge brunâtre; presque toujours aussi ils sont entremélés de petits points rouges, dans lesquels le pus n'est pas encore déposé.

Mais en général ces petits dépôts sont plus apparents; ils égalent, suivant M. Rayer, le volume d'une grosse pustule d'impétigo, et peuvent se présenter evec la grosseur d'une noisette et une plus grande encore. Ils sont disséminés ou rassemblés en groupes semblables aux abcès multiples que nous avons décrits tans le foie. Enfin parfois on trouve une infiltration purulente de la substance corticale et tubuleuse. Il est très rare de voir le pus rassemblé en un foyer unique.

M. Rayer a vu quelquelois un véritable ramollissement gangréneux, et la yangrène du rein a été indiquée par beaucoup d'auteurs; je n'en ai pas parlé dans les symptômes, parce que, pendant la vie, on n'a rien observé de particulier dans les cas de ce genre, ou du moins on n'a pris note d'aucun signé imbortant.

Enfin le même auteur a constaté que, dans la néphrite traumatique, et particulièrement à la suite d'une déchirure des reins, il se dépose le plus ordinairement, non du pus, mais de la lymphe plastique, principalement constituée par de la fibrine décolorée.

On voit que les lésions de la néphrite aigue ne diffèrent pas sensiblement de telles des autres inflammations des parenchymes. La dissémination des foyers purulents est seule remarquable; mais est-il bien certain que, dans un bon nombre des cas observés, il n'y eût pas une phlébite suppurative dont les abcès multiples sont la conséquence, et, dans les cas de ce genre, devrait—on admettre l'existence d'une inflammation simple ?

§ VI. — Diagnostie; promostie.

Il suffit de parcourir le paragraphe que M. Rayer a consacré au diagnostic de la néphrite simple, pour s'assurer qu'il présente d'assez grandes difficultés. Le maladies avec lesquelles on pourrait consondre l'inflammation simple aigué du rein ont leur siège dans le même organe, ou lui sont étrangères; ce sont le premières qui présentent surtout les dissicultés dont je viens de parler.

L'inflammation des calices et du bassinet donne lieu aux principaux symptôme de la néphrite; mais nous avons vu, d'une part, que la présence du pus dans l'urine est un caractère de la pyélite, et n'appartient pas à la suppuration du tein lui-même, quoique longtemps on ait pensé le contraire. Il n'y aurait donc rien de difficile dans ce diagnostic, si l'on pouvait s'assurer que le pus ne vient pas de la vessie; mais suivant M. Rayer, qui a fixé son attention sur ce point. u il est très difficile, pour ne pas dire impossible, dans la plupart des cas, de s'assurer que la vessie est complétement saine. » Voilà donc un diagnostic que nous ne pouvons pas préciser.

Maintenant peut-on dire, avec M. Rayer, qu'il est permis « d'affirmer que le substances rénales sont enflammées, lorsqu'à une douleur aigué dans un des reins se joignent des vomissements, des symptômes cérébraux ou des symptômes putrides? « Cette proposition demanderait à être appuyée sur une analyse plus rigoureuse des faits. Sans doute, des symptômes généraux très graves existant, s'il survient des symptômes locaux du côté des reins, on devra admettre que ces organes sont enflammés; mais il restera à savoir s'il s'agit d'une lésion primitive ou secon-

daire; si sa néphrite n'est pas simplement la conséquence d'un violent mouvement lébrile appartenant à une autre maladie, par exemple à l'insection purusente, à la sèvre typholide, etc., auquel cas ce serait une erreur de diagnostic que de voir teste l'affection dans la néphrite. Quant aux vomissements, ils n'annoncent en aucune manière que la substance rénale est enslamméé, puisque, comme nous le verrous plus tard, en les voit fréquemment survenir dans la colique néphrétique, alors que tous les désordres sont concentrés dans les parois des cavités rénales ou dans les conduits qui en partent. La suppression de l'urine appartient plus particulièrement à l'instammation de la substance rénale; aussi est-ce un des signes sur lesquels l'attention doit être principalement fixée.

M. Rayer, qui s'est particulièrement occupé de ce sujet, pose ainsi le diagnostic entre l'inflammation de la substance du rein et celle du tissu cellulaire qui l'entoure. « Lorsque, dit-ii, à la suite d'une contusion ou de toute autre cause, il se développe dans le tissu cellulaire extérieur du rein une inflammation accompagnée de douleur, si la maladie est à son début, il est souvent difficile de la distinguer de l'invasion d'une néphrite. Toutefois il est rare qu'on observe, dans ce cas, une diminution aussi marquée de la sécrétion urinaire que dans la néphrite, » On voit combien ce sigue distinctif est faible.

Il est beaucoup plus facile de distinguer la néphrite simple aigué de la colique néphrétique. Dans celle-ci, la douleur survient très rapidement, et souvent d'une manière subite. Elle est fréquemment excessive; elle occasionne des lipothymies, une agitation, une anxiété extrêmes. L'urine est promptement diminuée ou supprimée; le pissement de sang apparaît rapidement, et enfin la face est altérée, le pouls petit, misérable. En présence de ces phénomènes, on ne saurait être dans le doute, et si, dans des cas exceptionnels, on restait un moment en suspens, le changement de place de la douleur quand le gravier descend le long de l'uretère, et la cessation brusque et complète des accidents lorsqu'un où plusieurs graviers sont rendus, viendraient fixer le diagnostic, ce qui ne devrait pas être oublié, parce que les malades étant disposés à de nouvelles attaques, le retour des mêmes accidents serait alors facilement jugé.

On a parté de douleurs rénales auxquelles on a donné le nom de néphrulgies. Comme j'aurai à m'expliquer sur ces douleurs dans un article particulier, il serait prématuré de m'en occuper ici.

Parmi les affections étrangères au rein qui pourraient en împoser pour une néphrite aigné, nous trouvons d'abord la colique hépatique. Mais dans la néphrite, il n'y a pas d'ictère; l'urine est très notablement diminuée ou supprimée, ce qui ne s'observe pas dans la colique hépatique, à laquelle les vomissements bilieux appartiement plus particulièrement, et qui présente, en outre, la décoloration des selles et l'état bilieux des urines. Enfin, le siège de la douleur, qui détermine une différence tranchée entre cette inflammation du rein gauche et la colique hépatique, et qui est ordinairement assez différent dans celle-ci et dans l'inflammation du rein droit, la rétraction du testicule, la douleur, l'engourdissement de la cuisse, propres à la néphrite, suffisent pour rendre le diagnostic précis. La direction de la douleur ne serait pas seule un signe suffisant, puisque, dans quelques cas que j'ai signalés (1), elle est la même dans les deux affections; mais, d'une part, ces cas

¹⁾ Voy., plus haut. Colique hépatique.

sont sort rares, et, de l'autre, le siège de la douleur n'acquiert une valeur réelle que quand il est réuni à ceux que je viens de mentionner.

Le lumbago peut-il être confendu avec une néphrite? Il faut convenir du moins que, s'il en est ainsi, ce n'est que dans des circonstances bien extraordinaires. Voici toutefois comment M. Rayer établit ce diagnostic : « Le lumbago, dit-il, né le plus souvent sous l'influence du froid et de l'humidité, presque toujours accompagné ou précédé de douleurs rhumatismales, attaque ordinairement les deux côtés des lombes ; la douleur qui l'accompagne s'exaspère plus sensiblement que celle de la néphrite par certains mouvements du corps que les malades sont pour s'asseoir lorsqu'ils sont couchés, ou pour changer d'attitude. Cependant les douleurs rénales sont quelquesois augmentées par de certains mouvements ou de légères pressions, et par la toux ; mais, dans le lumbago, jamais on n'observe ni la diminution notable de la sécrétion urinaire, ni l'angoisse, ni les autres symptômes graves de la néphrite (1).

Ensin, plusieurs auteurs, et en particulier M. Rayer, ont posé le diagnostic entre la néphrite et la cystite, le psoitis, la péritonite partielle. Les symptomes dissèrent tellement dans ces assections, dont deux (la cystite et le psoitis) n'ent pas été encore décrites dans cet ouvrage, que je ne dois pas entrer dans ces détails.

Je dirai seulement quelques mots sur une question soulevée par M. Rayer, au sujet d'une erreur dont l'intermittence de la maladie, dans certains cas, aurait été la cause. Si l'on parcourt les observations citées par les divers auteurs, et par M. Rayer lui-même, on voit que les erreurs de ce genre ont dû être au moins extrêmement rares, et l'on ne peut donter qu'il ne faille les attribuer plutôt au peu d'attention des observateurs qu'à la nature insidieuse des symptômes.

De tous les faits cités par M. Rayer, il n'en est aucun où le caractère intermittent de la maladie ait paru plus tranché que celui qu'il a emprunté à Dance (2). Or, dans ce cas, bien qu'il y eût des exacerbations sébriles très marquées tous les matins, on ne douta pas de l'existence d'une néphrite pendant presque tout le cours de la maladie, et si à la fin on eut recours au sulfate de quinine, c'est en désespoir de cause, en voyant le malade près de succomber, et dans un moment où les apparences les plus légères nous engagent à recourir à des médications particulières. La marche de la maladie n'avait, en effet, qu'une ressemblance grossière avec une fièvre intermittente pernicieuse, ce dont on peut s'assurer par la lecture de l'observation. Ce n'est pas à dire toutesois que la sièvre intermittente ne poisse jamais se revêtir des signes locaux d'une néphrite ou de symptômes qui peuvent 😉 simuler : nous verrons, en effet, à l'occasion des sièvres intermittentes pernicieuses. que ces affections se présentent sous les formes les plus diverses; mais il faut reconnaître qu'il n'est nullement prouvé par l'expérience qu'une véritable néphrite ait été prise pour une sièvre intermittente, et réciproquement, ou que du moins. s'il en a été ainsi, ce que les faits bien connus ne nous apprennent pas, il est plus que probable que l'erreur est due à une observation trop superficielle. Ce diagnostic n'a donc pas l'importance qu'on aurait pu lui supposer au premier abord: c'est pourquoi je le passe sous silence, saus à y revenir, je le répète, lorsqu'il s'agira des fièvres pernicieuses.

⁽¹⁾ Traile des malad. des reins, t. 11, p. 324.

⁽²⁾ Arch. gen, de médecine, 1re série, t. XXIX.

TABLEAU STROPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

Je n'exposerai dans ce tableau synoptique que le petit nombre de cas où l'erreur est possible, et où les signes différentiels sont bien établis. Agir autrement, ce serait s'exposer à accréditer des erreurs, car la science a encore beaucoup à faire, comme nous l'avons vu plus haut, pour donner à ce point d'étiologie le degré de précision nécessaire.

1° Signes distinctifs de la néphrite simple non calculeuse et de la colique néphrétique.

NÉPHRITE SIMPLE AIGUE NON CALCULEUSE.

Invasion graduelle, quoique assez souvent rapide.

Douleur moins vive, augmentant graduel-

D'abord diminution, puis suppression de l'urine.

Agitation moindre; pas de défaillances, etc.

Pouls d'abord élevé, dur, résistant.

Les symptômes se dissipent peu à peu dans les cas de guérison, en commençant par le mouvement fébrile. COLIQUE NÉPHRÉTIQUE.

Invasion brusque, subite.

Douleur excessive, portée subitement à un dégré extrême.

Suppression brusque de l'urine.

Agitation extrême; défaillances, décomposition des traits, etc.

Pouls tout d'abord petit, irrégulier, misérable.

Les symptômes se dissipent brusquement par l'expulsion du calcul.

2 Signes distinctifs de la néphrite simple aiguë non calculeuse et de la colique hépatique.

NÉPHRITE AIGUE NON CALCULEUSE.

Douleur graduelle.

Elle a son foyer au niveau du rein, et s'étend vers la vessie et le testicule.

Pas d'ictère.

Diminution, suppression des urines. Urines sanguinolentes, difficilement excrétées.

COLIQUE MEPATIQUE.

Douleur subite.

Elle a son foyer au niveau de l'hypochondre droit, et s'irradie vers l'épigastre.

Presque toujours, ictère intense. Urines non supprimées, bilieuses.

On voit que, dans ce diagnostic, je n'ai pas parlé de la néphrite calculeuse qui, bien plus que celle dont il s'agit, pourrait être confondue avec la colique hépatique; mais je crois devoir renvoyer cette distinction particulière à l'article consacré à la colique néphrétique, qui, en pareil cas, est la maladie principale, l'infammation aigué du rein ne s'étant développée que consécutivement.

3° Signes distinctifs de la néphrite simple aiguë et du lumbago.

NÉPHRITE SIMPLE AIGUE.

N'occupe parfois qu'un seul rein.

Mouvements pour s'asseoir ou se retourner beaucoup mains douloureux.

Troubles notables de la sécrétion et de l'excrétion de l'arine. LUMBAGO.

Occupe presque toujours les deux colds.

Mouvements pour s'asseeir ou se retourner souvent presque impossibles.

Point de troubles notables de la sécrétion et de l'excrétion de l'urine.

Pronostic. Le pronostic est très variable, suivant les cas. On doit le considérer comme peu grave dans la néphrite par violence extérieure, et même dans celle qui

se déclare spontanément, lorsqu'elle ne survient pas dans le cours d'une affection grave elle-même, et lorsque les symptômes de réaction sont peu intenses. A plus forte raison, portera-t-on un pareil pronostic dans les cas où la maladie aura été déterminée par une substance irritante, si toutesois on considère ces cas comme appartenant à la néphrite bien confirmée. S'il s'agit de poisons, ce n'est nullement, en effet, l'inflammation rénale qui est à redouter, mais l'action de la substance vénéneuse sur l'organisme. Lorsque l'inflammation est assez grave pour déterminer la suppuration, le pronostic est très facheux, de quelque espèce que soit la néphrite; cependant, si celle-ci est causée par la présence d'un calcul, on doit avoir plus d'espoir, parce que si cette cause disparaît, les lésions du rein tendent naturellement à se dissiper.

& VII. - Traftement.

Nous avons vu que, sous le rapport de la pathologie de la néphrite, les auteurs qui ont écrit avant ces dernières années ne nous offraient pas de documents véritablement utiles; mais il est encore bien moins utile de les consulter relativement au traitement. Les raisons que j'ai présentées au commencement de cet article se représentent, en effet, ici avec une nouvelle force. Quel avantage pourrait-il y avoir à indiquer des moyens thérapeutiques qui ne s'adressent pas à une affection déterminée? Il n'en sera pas de même quand nous aurons à parler de la colique néphrétique, à laquelle se rapporte presque tout ce qui a été écrit à propos de la néphrite. C'est donc principalement M. Rayer qu'il faut consulter sur ce point, parce que, bien que cet auteur se soit contenté d'exposer d'une manière générale les moyens qui lui paraissent devoir être dirigés contre la néphrite, sans analyser sous ce point de vue les observations, il est le seul qui ait bien nettement séparé ce qui appartient à l'inflammation du rein proprement dite, des accidents produits par la présence des calculs dans les voies urinaires.

Emissions sanguines. C'est un précepte général que les émissions sanguines doivent être oppesées à la néphrite comme aux autres inflammations parenchymateuses, et tout porte à croire que ce moyen a son utilité, quoique, d'après les saits que j'ai consultés, il ne soit nullement démontré que les pertes de sang procurent une amélioration immédiate bien sensible. Mais il est très probable que si l'on avait des éléments suffisants pour étudier leur influence sur la marche de la maladie, et

surtout aur sa durée, on verrait que cette insluence est heureuse.

Au reste, sous ce rapport, il faut tenir compte de l'espèce de néphrite qu'on a à traiter. Nous avons vu que la néphrite traumatique, lorsque la violence extérieure n'avait pas produit des désordres très considérables, et la néphrite simple aiguë non calculeuse, survenue dans le cours d'une bonne santé, et sans que de violents symptômes généraux puissent faire soupçonner l'existence d'une infection purulente, ont naturellement une terminaison favorable; on ne doit donc pas tre Augreis que, dans les cas de ce genre, la guérison ait suivi l'emploi des émissions sanguines, et l'on aurait tort de n'envisager les faits que sous ce point de vue, lorsqu'on veut déterminer l'utilité de cet agent thérapeutique. Mais, suivant M. Rayer, dans toutes ces espèces, les pertes de sang ont pour résultat d'amener au bout d'un temps variable un soulagement marqué et plus sensible que celui qu'on obtient par les autres moyens dont il va être question. Ces heureux effets sent, il faut k

redire, plus que probables, et il ne reste qu'à en apprécier exactement la valeur. En attendant, on ne peut se dispenser de recourir aux émissions sanguines assez abondantés dans les cas dont il s'agit.

Dans la néphrite traumatique il faut pratiquer une ou plusieurs saignées générales, et cels sans perdre de temps, car, d'après M. Rayer, «si l'émission d'une certaine quantité de pus avec l'urine indique que la suppuration s'est établie dans le rein enflammé, il faut s'abstenir des émissions sanguines. » Peut-être néanmoins trouvera-t-on le précepte trop rigoureux, ou du moins regrettera-t-on qu'il ne soit pas appuyé sur une étude plus exacte des faits.

« Quant aux néphrites produites par l'impression du froid et de l'humidité, lorsqu'elles se déclarent avec un caractère inflammatoire très prononcé chez des individus bien constitués, ellès doivent, dit le même auteur, être traitées activement par la saignée. Il faut la répéter deux fois dans les vingt-quatre heures qui suivent l'invasion. » Et plus loin il ajoute : « Après plusieurs jours de rémission et d'apyrexie, s'il se déclare un frisson suivi de chalcur et de douleur dans la région des reins, on pratiquera immédiatement une large saignée, si le malade n'est pas d'un âge très avancé. Dans ce dernier cas, on se bornerait à tirer environ huit onces de sang par des ventouses scarifiées appliquées aux régions lombaires. »

Tels sont les cas dans lesquels, suivant ce que nous pouvons apercevoir dans des observations malheureusement insuffisantes, la saignée a les plus grands avantages. Lorsque la néphrite survient dans le cours d'autres maladies, lorsque la suppuration s'empare promptement des reins, surtout sous l'influence d'une affection purulente ou d'une phlébite non adhésive, les saignées ne sont pas négligées, et personne ne voudrait dire qu'elles doivent l'être, principalement au début de la maladie; mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'il est impossible de découyrir dans l'étude des faits les avantages réels qu'elles ont pu produire.

La saignée générale est recommandée même chez les enfants, à partir de l'âge de sept aux; mais alors elle ne doit pas être de plus de 300 grammes. « On peut, dit M. Rayer, la répéter le lendemain, si l'intensité du mal l'exige. »

Des sangsues, en nombre assez considérable, doivent être appliquées sur les lombes : on a également recours, comme nous l'avons vu, aux ventouses scarifiées, et, sous ce rapport, il n'y a aucune règle à établir, le médecin étant le seul juge compétent de l'opportunité des émissions sanguines et de leur abondance. En somme, on voit que pour la néphrite, comme pour tant d'autres affections, l'in-fluence de la saignée sur la marche, sur la durée et sur la terminaison de la maladie, n'a été étudiée que d'une manière très superficielle.

Des boissons émollientes ou délayantes, comme l'eau de graine de lin, de mauve, d'orge; ou légèrement diurétiques, comme la décoction de chiendent ou de racine de fraisier; des cataplasmes émollients sur la région lombaire; un bain simple ou émollient longtemps prolongé (deux ou trois heures), à moins que le malade n'en éprouve de la fatigue, compléteront avec la saignée le traitement auquel on a donné particulièrement le nom de traitement antiphlogistique, et qui convient principalement à la maladie qui nous occupe.

Viennent ensuite quelques préceptes sur des cas particuliers. Dans ceux où l'on reconnaît que la néphrite est consécutive à une rétention d'urine causée par un rétrécissement de l'urêtre, il faut s'occuper spécialement de çelui-ci, ainsi que

tous les auteurs l'ont conseillé; car une sois l'obstacle au cours de l'urine surmonté, l'instammation du rein ne tarde pas à se dissiper. C'est d'après cette considération que M. Rayer engage à appliquer, en pareil cas, les sangsues à la marge de l'anus plutôt que sur la région des reins.

Nous avons vu que les vomissements opiniatres ne pouvaient pas être regardés comme un symptôme appartenant en propre à la néphrite simple aigue non calculeuse. Si cependant ce symptôme survenait, et si l'on observait un état comateux qui n'est pas non plus lié à l'affection rénale d'une manière aussi intime que le pense M. Rayer, voici, d'après cet auteur, comment on devrait se conduire en pareil cas : « Lorsque, dit-il, les malades épronvent des vomissements et tombent dans un état comateux, ces accidents exigent des soins particuliers, outre ceux qui ont été déjà indiqués. On frictionnera l'épigastre avec du laudanum; des boissons gazeuses seront données par gorgées; le malade sucera de petits morceaux de glace pour étancher sa soif; des corps chauds seront appliqués aux extrémités inférieures; des compresses imbibées d'eau froide seront posées sur le front; des purgatifs salins seront administrés et répétés jusqu'à ce qu'ils aient procuré des évacuations abondantes.

« Les purgatifs, ajoute M. Rayer, sont encore plus impérieusement indiqués lorsque l'attaque de néphrite a été précédée de plusieurs jours de constipation chez des individus atteints de maladies de la prostute ou de la moelle épinière. L'huile de ricin pourra quelquefois être substituée aux purgatifs salins, mais il faut l'administrer en lavement et à haute dose, car elle est souvent rejetée par le vomissement. »

Nous compléterons ce tableau du traitement le plus fréquemment employé, en ajoutant que le repos absolu, une diète sévère doivent être rigoureusement recommandés, lorsque la maladie est dans son plus haut degré d'intensité, et que dans la convalescence on doit éviter tout écart de régime, et surtout l'usage de boissons excitantes, dont l'action se fait, comme chacun sait, si facilement sentir sur les reins. Quant aux symptômes de putridité auxquels M. Rayer a égard dans le traitement, ils ne doivent pas nous occuper, puisque, comme nous l'avons vu, ils ne dépendent pas de la néphrite elle-même, et que d'ailleurs nous aurons à en traiter plus tard.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur ce traitement, nous voyons qu'il n'est réellement pas le résultat d'une expérience rigoureuse, mais bien plutôt d'idées préconçues dont la justesse est très admissible, mais ne peut pas être appréciée à l'aide du seul moyen propre à porter la conviction dans les esprits, je veux dire d'une analyse exacte d'un nombre suffisant de faits bien observés. Le traitement antiphlogistique est celui sur lequel on doit presque exclusivement insister.

ARTICLE III.

NÉPHRITE SIMPLE CHRONIQUE.

M. Rayer est encore le seul auteur qui se soit occupé de la néphrite chronique à l'état simple, et en écartant ce qui peut appartenir à la présence des calculs dans vités des reins. Voici comment il s'exprime à ce sujet : « Les véritables cade la néphrite chronique et les symptômes qui révèlent son existence

n'ont pas encore été exposés clairement par les pathologistes. En effet, les symptômes qu'ils lui avaient assignés, et en particulier l'excrétion habituelle d'une urine purulente, et le développement d'une tumeur dans la région lombaire, appartiennent en réalité non à une inflammation chronique des reins, mais à une inflammation chronique du bassinet et des calices. En outre, il m'est démontré qu'un grand nombre de néphrites chroniques, surtout lorsque la maladie n'attaque qu'un des reins, ne peuvent être soupçonnées pendant la vie sans un examen très minutieux de la sécrétion urinaire, lorsqu'il n'existe pas de douleurs dans la région des reins, ou lorsqu'une pression exercée comparativement sur les deux régions lombaires n'indique pas que l'une d'elles est plus sensible que l'autre. » J'ai cité ce passage pour montrer combien la néphrite chronique simple, telle qu'elle doit être entendue d'après les recherches modernes, dissère de l'inflammation chronique du rein décrite jusqu'à ces dernières années, et combien en même temps l'étude de cette affection peut présenter de dissicultés. Voyons maintenant ce que nous apprennent, relativement à son histoire, les documents rassemblés par M. Rayer.

§ I. — Définition; synonymie; fréquence.

M. Rayer définit ainsi la néphrite simple chronique : « Des douleurs habituelles dans une des régions rénales ou dans toutes les deux, coıncidant avec une diminution de l'acidité, avec l'état neutre, et surtout avec l'alcalinité de l'urine (qu'il existe ou non une rétention de ce liquide), et un sentiment de faiblesse dans les membres inférieurs, sont les principaux caractères de la néphrite chronique. » Cette définition doit être adoptée, sauf un point qui exige de nouvelles recherches. Si nous consultons, en effet, les observations de néphrite chronique simple fournies par cet auteur, nous voyons que, sur sept cas, quatre fois la faiblesse des membres inférieurs n'est nullement mentionnée; qu'une fois il existait des douleurs dans les extrémités inférieures, que chez un sujet il y avait un sentiment de fatigue tantôt à droite et tantôt à gauche, et que chez le dernier les jambes étaient faibles, mais que cette faiblesse était due à un affaiblissement général résultant du dépérissement occasionné par une maladie chronique étrangère au rein. Si l'opinion de M. Rayer est fondée sur d'autres faits, nous ne pouvons l'admettre pour notre part avant d'avoir connaissance des observations.

Cette affection a reçu les mêmes noms que la néphrite simple aiguë, auxquels on a ajouté l'épithète de chronique. Dans quelques cas, on l'a aussi désignée sous celui de phthisie rénale, comme les autres maladies chroniques des reins.

Le petit nombre d'observations rapportées par l'auteur que je viens de citer prouve que la néphrite chronique simple, survenue en dehors d'autres affections plus ou moins graves, est une maladie fort rare, et c'est ce dont les praticiens peuvent s'assurer tous les jours. Il est plus fréquent de voir cette affection se produire consécutivement, surtout dans les autres maladies de l'appareil génitourinaire.

§ II. — Causes.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, on n'a pas recherché d'une manière spéciale les causes de la néphrite chronique simple. M. Rayer s'est contenté de citer quelques exemples de cette affection dans les conditions diverses où elle se produit; mais il

n'en a pas donné le résumé, et personne n'a fait ce travail. Je vais indiques sapidement celles de ces conditions qui me paraissent les principales.

1º Causes prédisposantes.

C'est surtout dans la production de la néphrite chronique simple que l'age manifeste son influence. Les enfants n'en sont atteints, on peut le dire d'une manière presque absolue, que dans les cas de calculs urinaires, et encore n'est-ce presque jamais avant l'âge de sept ou huit ans. Les vieillards y sont particulièrement exposés. Toutesois, comme les maladies des autres parties des voies génitourinaires sont, ainsi que nous allons le voir, une des conditions importantes de sa production, il n'est nullement rare de la voir se manisester chez les adultes.

Nous n'avons aucune donnée positive sur l'influence du sexe. Il ne nous est pas permis de nous prononcer davantage sur l'influence de la constitution, parce que, bien que les sujets affectés de néphrite chronique simple se présentent avec les signes d'une mauvaise constitution, c'est aux progrès de cette maladie et de celles qui l'ont précédée, plutôt qu'à un état congénital particulier, que le plus souvent on doit attribuer cette détérioration.

Quant aux habitudes hygiéniques, à l'influence des saisons et même des climats, tout est encore à faire sur ce point. Cependant, comme la présence des calculs dans les reins est une des causes les plus efficaces de la néphrite chronique aussi bien que de la néphrite aiguë, je crois devoir renvoyer le lecteur à l'article consacré à l'histoire des calculs rénaux, afin qu'il puisse, par induction, juger approximativement de l'influence des causes prédisposantes qui viennent d'être mentionpées, et qui seront étudiées dans l'article dont il s'agit.

La néphrite simple aiguë a-t-elle une tendance marquée à se convertir en néphrite chronique; ou, en d'autres termes, les sujets affectés de cette maladie à l'état aigu sont-ils exposés à la voir se continuer sous sa forme chronique, et suffitil, pour qu'il en soit ainsi, de quelques causes occasionnelles particulières? Il est difficile de répondre à cette question. Néanmoins les auteurs n'ont pas hésité à se prononcer pour l'affirmative; mais, si nous consultons les faits, nous voyons que cette manière de voir n'est pas justifiée relativement à la néphrite chronique simple non calculeuse. Si, en esset, l'assection est peu intense et ne se termine pas par suppuration, le malade guérit complétement; si la suppuration survient, on bien les malades succombent, ce qui est presque constant, ou bien le pus est évacué par des voies indiquées plus haut, et les malades peuvent guérir radicalement. Dans les cas seuls où il resterait une fistule rénale, ce dont je ne connais pas un seul fait authentique dans les cas dont il s'agit ici, on verrait les symptômes d'une maladie chronique succéder à une affection aiguë, mais on ne pourrait pas dire alors d'une manière rigoureuse que la néphrite aigue simple s'est terminée par une néphrite chronique également simple. Quant à la néphrite calculeuse, il n'est pas douteux que les accidents ne prennent un caractère de chronicité au bout d'un certain temps, et cela chez un assez grand nombre de sujets. Après avoir occasionné des attaques aiguës plus ou moins nombreuses, les calculs finissent par déterminer la désorganisation des reins, dont la substance est plus ou moins complétement détruite par une inflammation chronique.

2º Causes occasionnelles.

Ce que je viens de dire prouve que la principale cause occasionnelle de la ném phrite chronique est l'irritation devenue permanente que causent les calculs.

Les obstructions, le rétrécissement, l'oblitération des uretères, sant, comme dans la néphrite aigué, des causes qui se montrent assez fréquemment. Les maladies chroniques de la vessie, les rétrécissements du canal de l'urêtre, etc., peuvent avoir le même résultat. M. Rayer a cité des exemples de néphrite chronique simple survenue à la suite de maladies de la prostate, de l'utérus, de la moelle épinière (principalement paraplégie),

Il est impossible d'indiquer une autre cause occasionnelle bien positive. Les rapports signalés par Al. Rayor entre la néphrite simple et les maladies cérébrales, l'hydropisie, la phthisie, etc., n'existent nullement. Ce sont de simples coïncidences qui ne méritent guère qu'une mention.

§ III. — Symptômes.

La description des symptômes, telle que nous la trouvons dans les anciens auteurs, no rapporte presque uniquement à l'inflammation chronique causée dans les cavités rénales par la présence des calculs. Celle qu'a donnée M. Rayer est plus explicite, mais elle n'est pas aussi nette, à beaucoup près, que celle de la néphrite aigué. Voici se qui ressort le plus directement des faits.

Début. Le début de la maladie est souvent obscur, parce que la douleur rénale, qui pour le malade est le seul symptôme appréciable, est très faible dans les premiers temps. On peut sepandant attribuer en partie au peu de rigueur qu'on a apparté dans l'interrogatoire des malades l'incertitude qui, dans la grande majorité des cas, règne sur le début. « Le plus souvent, dit M. Rayer, ce n'est que lersque la maladie existe depuis plusieurs années, lorsque les émissions de l'urine sont devenues très fréquentes et incommodes, ou lorsque l'urine est habituellement trouble, que les malades, déjà affaiblis, viennent réclamer des conseils. Parfois même les malades n'appelleraient pas l'attention du médecin sur l'état des reins et de leur sécrétion, sans la coexistence d'une autre affection des voies urinaires, telle qu'un rétrécissement de l'urêtre ou une maladie de la vessie. »

Dans les cas de rétrécissement du canal de l'urêtre, ce début présente quelques particularités dignes d'intérêt, qui ont été signalées en ces termes par M. Rayer:

Les individus atteints d'un rétrécissement de l'urêtre éprouveut quelquesois de légères douleurs aux reins sans y apporter de remèdes; et ces douleurs, préludes de néphrites chroniques, se reproduisent à des époques plus ou moins éloignées. Alors l'urine est peu acide, neutre ou alcaline, et elle contient toujours du mucus. La douleur n'existe quelquesois que pendant un petit nombre d'heures, et l'altération de l'urine pendant quelques semaines. Plus tard, les attaques se rapprochent, la douleur rénale devient habituelle, mais sourde, et la sécrétion urinaire est dérangée pour longtemps. En outre, cet état persiste tant qu'on n'a pas guéri le rétrécimement. » On aent combien ces assertions auraient plus de valeur si elles étaient appnyées sur une analyse exacte d'un nombre assez considérable de saite.

Symptômes. La douleur, qui seule, comme nous venons de le voir, a marqué le

début de la maladie, persiste jusqu'à la fin avec des exacerbations plus ou moins marquées ou plutôt de simples augmentations passagères, car il ne faut pas rapporter à la néphrite chronique elle-même les violentes souffrances qui, dans un bon nombre de cas, se produisent à des intervalles plus ou moins éloignés. Alors, s'il existe surtout un mouvement fébrile, on ne peut douter qu'une inflammation aiguë ne soit venue s'enter sur l'inflammation chronique, ce qui a lieu surtout dans les cas de calculs rénaux qui, à certaines époques, produisent une irritation plus grande et une inflammation consécutive, ou bien se déplacent, interceptent le cours des liquides, etc.

La douleur qui appartient en propre à la néphrite chronique est sourde, profonde, et parfois elle ne consiste qu'en une gêne plus ou moins grande. « Elle est, en général, si obscure, dit M. Rayer, que le plus souvent les malades n'en feraient pas mention, si on ne les questionnait à cet égard, et si on ne la rendait sensible en pressant plus ou moins fortement avec la main les régions lombaires. »

On n'observe presque jamais, dans l'affection dont il s'agit ici, la douleur des testicules, si remarquable dans la néphrite aiguë. Lorsqu'elle existe, c'est presque toujours qu'il est survenu des symptômes d'acuité.

On voit par là que cette douleur spontanée qui vient d'être décrite n'est pas la seule à considérer, et qu'il fant tenir compte de la douleur à la pression. On doit procéder dans l'exploration comme dans les cas de néphrite aiguë, c'est-à-dire presser fortement dans le slanc ganche et sur la région lombaire, en cherchant à comprimer le rein. Ce n'est qu'au moment où la pression arrive à cet organe, que la douleur est sensiblement augmentée, ce qui la distingue de celle qu'occasionne le lumbago chronique. Les divers mouvements du malade exaspèrent beaucoup moins cette douleur que la douleur vive de la néphrite aiguë; cependant une course un peu prolongée a pour esset de la rendre beaucoup plus sensible, et cette exacerbation est encore bien plus marquée pendant les promenades on les voyages en voiture. Nous verrons néanmoins plus tard qu'elle est bien moins grande dans la néphrite simple chronique non calculeuse que dans celle qui a pour cause les calculs urinaires, ce qui s'explique trop simplement pour qu'il soit nécessaire d'insister sur ce point. Les réslexions que j'ai saites au sujet de la percussion dans l'article Néphrite aiguë s'appliquent entièrement à la néphrite chronique.

On n'observe pas, dans l'affection chronique du rein, la suppression de l'urine, que nous avons signalée dans l'inflammation aiguë; mais il est quelques signes qui prouvent que la sécrétion de ce liquide est altérée à un certain degré. J'ai dit plus haut que son acidité est diminuée, et que même elle est remplacée par l'alcalinité, lorsque la maladie a atteint un degré élevé. Voici ce que M. Rayer a remarqué dans cette dernière circonstance:

« Dans la néphrite chronique, dit ce médecin, lorsque l'urine est alcaline, presque toujours elle est trouble, à moins que la production des phosphates ne soit très peu considérable. J'ai vu de ces urines alcalines donner un sédiment amorphe, presque entièrement composé de phosphate de chaux, dans lequel en ne distinguait pas de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien, de globules muqueux, etc.; plus rarement ce sédiment était presque entièrement composé de cristaux de phosphate ammoniaco-magnésien. Ensin, dans la plupart des cas. l'urine contenait ces deux sels et des globules muqueux en suspension, et sue pe-

tite quantité d'urates. En somme, la néphrite chronique est une des conditions les plus savorables à la production des calculs phosphatiques.

Ces altérations de l'urine doivent fixer l'attention du médecin. Il ne saut pas oublier surtout que l'alcalinité de l'urine doit être constatée au moment de l'émission; car plus tard ce signe n'aurait aucune valeur.

Quant à l'excrétion de ce liquide, il suffit de dire que l'urine, qui, je le répète, n'est pas supprimée, est rendue néanmoins en petite quantité, mais fréquemment. En général, les malades sont plus fortement sollicités par le besoin d'uriner que les personnes en bonne santé, et ils doivent plus promptement le satisfaire.

Tels sont les symptômes locaux de la néphrite chronique simple. Je n'ai point parlé des douleurs parsois vives qui sont déterminées par les calculs, ni de l'émission d'une plus ou moins grande quantité de pus avec les prines, parce que ces symptômes décrits par les auteurs qui ont écrit avant ces dernières années n'appartiennent pas plus à la néphrite chronique proprement dite qu'à la néphrite aigué.

On n'a pas noté, dans la forme chronique de la maladie, ces troubles digestifs intenses qui ont été attribués à la néphrite chronique. Ainsi on n'a parlé ni de nausées, ni de vomituritions; ni de vomissements. Ordinairement il y a diminution de l'appétit, trouble des digestions, constipation; mais c'est surtout dans les cas où la néphrite chronique est consécutive, de telle sorte qu'on ne peut pas lui rapporter, du moins uniquement, ces symptômes qui appartiennent principalement aux maladies, dans le cours desquelles elle se développe.

Les symptômes généraux sont peu marqués d'abord, lorsque la néphrite est simple et qu'elle n'est pas la conséquence des désordres causés par la présence des calculs. Ils vont ensuite en augmentant, mais d'une manière lente, de sorte que la fièvre n'existe pas ou est très peu intense, et que cependant les malades vont s'affaiblissant et dépérissant d'une manière sensible, quoiqu'ils ne présentent pas les signes connus de la fièvre hectique. On conçoit que si, par une cause quelconque, la suppuration s'empare du rein, ces signes se montrent comme dans tous les cas du même genre. Au reste, il est rare, comme on peut s'en assurer en parcourant les observations, qu'on soit appelé à constater le dépérissement lent non fébrile, ce qui tient à ce que la maladie des reins coexiste avec d'autres affections qui sont les principales causes de la mort, et qui donnent lieu aux symptômes de la fièvre lente. Ce sont principalement les maladies organiques chroniques de la vessie et de l'utérus, et plus encore les désordres occasionnés par les calculs dans les conduits urinaires, désordres dont l'inflammation chronique de la substance rénale n'est souvent qu'une des dernières conséquences.

Je n'aurais rien à ajouter d'important à ce que j'ai dit des abcès rénaux et de la néphrite calculeuse, à propos de la néphrite aiguë, et je passe outre pour éviter les répétitions.

§ IV. — Marche ; durée ; terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est ordinairement continue et très lente; mais pour qu'il en soit ainsi, il faut qu'elle ne soit ni compliquée ni consécutive, ce qui est un cas très rare, comme nous l'avons vu. Dans les autres cas, il est très difficile de

trouver quelque chose de sixe dans la marche de la maladie. Étant sous l'insurence d'affections organiques très diverses, et qui elles-mêmes peuvent avoir une marche très différente suivant les circonstances, elle doit varier presque à l'insini. Disons seulement que dans les cas de calculs rénaux, les exacerbations dues au déplacement des calculs donnent plus ou moins fréquemment un nouveau degré d'intensité aux symptômes, et occasionnent momentanément une instammation aigue plus ou moins vive.

La durée de la maladie ne peut être fixée, même approximativement, dans l'état actuel de la science. Tout ce qu'il est permis dire, v'est qu'elle est ordinairement considérable.

La terminaison a été favorable dans quelques cas très simples cités par M. Rayer; mais généralement la maladie persiste jusqu'à ce que le sujet soit enfevé par une autre affection; car, bien que la néphrite chronique détermine un certain degré de dépérissement, il est extrêmement rare qu'elle soit la cause réelle de la mort. Cette proposition paraîtrait étrange, si je n'avais pas eu le soin de dire plusieurs fois que les désordres occasionnés par les calculs dans les calices, le bassinet, les uretères, ne doivent pas être confondus avec la néphrite proprement dite.

5 V. — Lésions anatolniques.

Ce sont encore, dans cette affection, les lésions anatomiques qui ont été étudiées avec le plus de soin. Je vais rapidement indiquer les principales, d'après les recherches de M. Rayer, qui nous sournissent à ce sujet des documents très détaillés.

Cet auteur a signalé comme appartenant à la néphrite chronique qui a envahi la totalité de l'organe une atrophie plus ou moins marquée : « Cette règle, ajoute-t-il, soufire néanmoins des exceptions. Ainsi les reins présentent quelquefois une véritable hypertrophie de leur substance corticale, sur laquelle sont disséminées de taches blanches proéminentes, qui semblent constituées par une matière fibro-cel·luleuse située entre la surface extérieure du rein et son enveloppe. J'ai vu des cabans lesquels les reins, d'un volume ordinaire, offraient extérieurement des taches beaucoup plus larges, d'un blanc jaunâtre, formées par une matière qui avait l'apparence d'anciens dépôts de matière coagulable. En général, le tissu des reins est plus dur, et, sous un même volume, ils sont plus pesants que dans l'état sain. »

L'état rugueux, grenu ou marbré des reins est également remarquable. Il y a même quelquesois des dépressions marquées à leur surface, et de la substance mélanique dans leur tissu. M. Rayer a signalé un état anémique, soit partiel, soit général, n'occupant ordinairement que la substance corticale. L'induration se joint assez sréquemment à ces lésions.

Une atrophie plus remarquable que la précédente peut être la suite de l'infammation chronique des reins, et M. Rayer a noté quelquesois, dans les cas de ce genre, « de véritables cicatrices, reconnaissables à une ou plusieurs dépressions grises, brunâtres ou ardoisées, auxquelles la membrane sibreuse est très adhérente, quoiqu'elle en soit séparée par la membrane celluleuse, qui, en ce point, est beaucoup plus dure et plus épaisse..., et les vaisseaux situés au-dessous d'elle sont souvent plus développés que dans l'état sain. • On pourrait élever, au sujet de ce

cicatrices, les mêmes objections que nous avons vues se présenter lorsqu'il s'est agi des dépressions ou des indurations radiées du foie.

La déformation des mamelons par suite de l'induration, l'injection des membranes extérieures des reins, leur adhérence, leur épaississement, leur transformation en substance fibreuse, cartilagineuse ou osseuse, viennent compléter le tableau de ces lésions. On voit que, comme je le faisais remarquer en commençant, l'anatomie pathologique de l'inflammation des reins a été étudiée dans les plus grands détails; mais il nous manque le rapport exact de ces altérations avec les symptômes de la maladie, ce qui est cependant le point le plus important, et ce qui, par conséquent, doit être signalé d'une manière toute particulière à l'attention des observateurs.

§ VI. — Diagnostie; pronostie.

Voici comment M. Rayer distingue la maladie qui nous occupe de la pyélite chronique: « Dans la pyélite, dit-il, il y a constamment sécrétion de pus ou de mucus purulent, et le plus souvent une urine trouble et un dépôt purulent. Dans la néphrite chronique, si l'urine est trouble, cela tient le plus ordinairement à la présence des phosphates en suspension. » J'ajoute que, dans la plupart des pyélites chroniques, surtout dans celles qui sont produites par la présence d'un calcul, le pus s'accumule dans la cavité du bassinet et des calices, les distend, et transforme le rein en nne cavité multiloculaire reconnaissable à la palpation.

Le lumbago chronique est, après la pyélite chronique, la seule affection qui puisse être réellement confondue avec la néphrite chronique, et encore faudrait-il pour cela que l'examen fût bien superficiel, car les signes exposés à propos de la néphrite et du lumbago aigus se représentent ici avec une valeur différentielle plus grande encore (1). Ainsi la douleur dans les mouvements peu violents du tronc est nulle ou presque nulle dans la néphrite chronique; elle constitue, au contraire, le symptôme essentiel du lumbago. Dans ce dernier, il n'y a aucune des altérations de la sécrétion et de l'excrétion urinaires qui ont été indiquées plus haut.

Ce diagnostic est trop simple pour qu'il soit nécessaire de le présenter sous forme de tableau synoptique.

Pronostic. Le pronostic de la néphrite simple chronique n'a point firé l'attention des auteurs, et M. Rayer l'a passé sous silence. On peut dire d'une manière générale qu'il est fort grave, et cela pour deux raisons : la première, c'est que, comme toutes les lésions organiques chroniques, celles qui constituent la méphrite ont bien plutôt une tendance à augmenter sans cesse qu'à diminuer, même sous l'influence des moyens qui paraissent le mieux appropriés; et la seconde, c'est que, comme je l'ai déjà dit, l'inflammation chronique des reins se mourre presque toujours dans le cours d'autres affections, soit des voies urinaires, soit d'un autre appareil d'organes, qui, à elles seules, suffiraient pour causer la mort. Cependant M. Rayer a cité quelques cas où des symptômes de néphrite chronique ont cédé à des moyens fort simples qui vont être indiqués; mais les cas de ce genré sont fort rares, et les récidives sont à craindre.

⁽¹⁾ Voy., plus haut, article Néphrite simple aigue.

. 4

S VII. - Traitement.

- H. Haver s'étant seul occupé du traitement de la néphrite simple chronique, est à lui qu'il faut emprunter tout ce que nous avons à dire sur ce point, en regretant encure que cette partie importante de l'histoire de la néphrite chronique n'ut sté traitée qu'à l'aide d'impressions générales nécessairement peu précises, et que resulte pas de l'analyse exacte des faits, qui seule peut véritablement éclairer des questions aussi graves et aussi difficiles.
- Lorsque, dit M. Rayer, la néphrite chronique n'est pas produite par un rétrécissement de l'urètre, par une maladie de la vessie ou de la prostate, des éruptions artificielles ou des exutoires peuvent quelquesois prévenir ou éloigner le retour de nouvelles attaques. Cependant il ne saut pas s'exagérer l'utilité de ce moyens; je les ai employés sans succès chez des individus amaigris, et qui, après avoir en pendant longtemps les deux régions rénales douloureuses, présentaient pour tout symptôme de néphrite chronique l'émission sréquente d'une urine alcabine et trouble, et un amaigrissement dont aucune autre circonstance ne donnait l'explication.
- Da a conseillé l'usage des acides minéraux ou végétaux, et en particulier celui de l'acide muriatique, pour faire cesser l'alcalinité de l'urine et empêcher la précipitation des sels phosphatiques, qui peut donner lieu à la formation des concrétions calculeuses. Par l'usage des acides on atteint rarement le but qu'on se propose : le plus souvent l'urine reste alcaline et trouble ; l'état de la constitution ne s'améliore pas et l'estomac se fatigue ; le plus souvent ces remèdes, à doses élevées, sont plus nuisibles qu'utiles.
- J'ai vu, chez des ouvriers atteints de néphrite chronique, l'urine redevenir acide et transparente, après une quinzaine de jours de repos et d'une bonne alimentation, et après une ou plusieurs applications de ventouses scarifiées; mais elle se troublait quelquesois de nouveau à la suite d'une moins bonne nourriture ou après de nouvelles satigues.
- "J'ai essayé comparativement le régime végétal et le régime animal, et j'ai ressayé comparativement le régime végétal et le régime animal, et j'ai ressayé comparativement le régime végétal et le régime animal, et j'ai ressayé comparativement préférable. Sous son influence, non seulement la sérition urinaire a été avantageusement modifiée dans un certain nombre de ces, main l'état de la constitution s'est amélioré, lors même que le dérangement de la métablique de l'urine a persisté.
- Larment les malades atteints de néphrite chronique avec urine alcaline et trouble mont satignée par le besoin fréquent de rendre l'urine, on peut quelquesois calmer ent accident par l'opium, par des lavements opiacés et camphrés, par des mottons narcotiques et par l'usage répété de bains de siège émollients. On emploie quelquesois avec succès la décoction de pareira brava acidulée, l'extrait d'usa ura combiné avec l'extrait de houblon et de jusquiame, la décoction d'ura ura. L'infusion de graine de carotte ou celle de feuilles de diosma-crenata.

" (les préparations étant toutes plus ou moins excitantes, on doit en suspendre l'usage dans les paroxysmes des néphrites chroniques.

Le repos, les bains narcotiques, les exutoires aux lombes, le régime animal, les baissons toniques et résolutives, les préparations ferrugineuses, tout échoue, rien que les progrès du mal dans certains cas de néphrite chronique double. Alors

la maladie se complique tantêt de diarrhées qui hâtent l'épuisement des forces, tantêt d'un catarrhe pulmonaire ou d'une affection tuberculeuse. L'usage de la thériaque, du diascordium ou de l'opium à dose fractionnée (un grain et demi dans les vingt-quatre heures, par quart de grain), des soins habituels dans le régime, une foule de précautions que la fortune on l'aisance permettent de se procures, un emploi calculé de certains palliatifs, ont pu quelquefois prolonger la vie pendant plusieurs années; mais chez les individus de la classe ouvrière, que le besoin oblige à de rudes travaux ou expose à de fréquentes variations de température, les rechutes se multiplient, les complications s'aggravent, et la mort ne se fait pas longtemps attendre. »

Il est facile de comprendre le motif qui m'a engagé, contre mon habitude, à emprunter ainsi à un auteur, et sans le discuter, le traitement de cette maladie. Il est impossible, pour des raisons plusieurs fois indiquées, de recourir avec quelque utilité aux recherches antérieures à celles de M. Rayer, et, d'un autre côté, les faits sont insuffisants pour apprécier convenablement la valeur des moyens proposés par ce dernier. C'eût été vouloir inutilement chercher à masquer le défaut de précision de ce traitement, que d'entrer dans des détails circonstanciés sur les divers agents thérapeutiques mis en usage : il fallait se borner à les indiquer, afin de mettre les praticiens à même de les expérimenter, et c'est ce que j'ai fait en extrayant le passage précédent. Je me contente d'ajouter, pour terminer, que de tous les moyens qui viennent d'être énumérés, ceux qui doivent être préférés, d'après les faits eu une amélioration plus ou moins prononcée et prolongée s'est manifestée, sont le repos, un bon régime, les émissions sanguines locales, les narcotiques et les exutoires (les cautères en particulier) à la région lombaire.

ARTICLE IV.

NEPHRITE RHUMATIŞMALE.

La plupart des auteurs ont affirmé que le rhumatisme, nom sous lequel en a bien souvent confondu des affections diverses, peut se transporter sur les reins comme sur les autres organes, et occasionner la mort de cette manière. Ce serait la une de ces métastases rhumatismales admises avec la plus grande facilité; mais ce ne serait pas encore, à proprement parler, une néphrite rhumatismale, car si cette néphrite ne présentait, sous le rapport des symptômes aussi bien que sous ce-lui des lésions anatomiques, aucun caractère particulier bien tranché, on ne saurait y voir qu'une de ces inflammations secondaires ou consécutives qui viennent ajouter une cause de mort à celles qui existent déjà, sans que pour cela on ait besoin d'invoquer la nature rhumatismale de la maladie.

Mais M. Rayer, se fondant précisément sur la nature propre des lésions cadavériques, a admis l'existence de la néphrite rhumatismale proprement dite, et nous a fourni quelques matériaux intéressants pour l'histoire de cette espèce d'inflammation rénale. Lui seul, par conséquent, doit être consulté à ce sujet, car il a seul envisagé la question sous son véritable point de vue. On n'en peut douter après avoir lu l'exposition de l'état présent de la science qu'il a faite en ces termes (1):

⁽¹⁾ Trailé des maladies des reins : Paris, 1840, t. 15, p. 73.

··· • Si l'on consulte, dit-il, les auteurs anciens ou modernes qui ont écrit sur le rhumatisme et sur la péricardite rhumatismale, à peine trouve-t-on quelques faits qui conduisent à penser que les reins peuvent être le siège d'une inflammation ou de toute autre affection de nature rhumatismale; le plus souvent même il n'est pas Ant mention de l'état des reins dans l'exposé des résultats des ouvertures de cadavres, lorsque la maladie s'est terminée par la mort.

» Cependant je me crois autorisé à affirmer qu'il existe une néphrite rhumatismale, bien que le nombre d'exemples que je puisse citer de cette lésion soit très peu considérable, eu égard au grand nombre d'affections rhumatismales que

j'ai observées. »

· Tel est donc l'état de la question. Voyons maintenant, dans l'article de M. Rayer, ce que le petit nombre de faits qu'il a étudiés lui a appris sur ce point de la pathologie rénale; nous apprécierons ensuite rapidement la valeur de ces - réduitats.

Sous le rapport des causes ces saits ne nous apprennent rien, et il est impossible de saveir pourquoi, sur un si grand nombre de rhumatisants, il en est si pen qui soient atteints de l'affection rénale dont il est ici question. Cependant faisons observer que les symptômes étant, comme on va le voir, très obscurs, il est possible qu'on laisse passer inaperçus un certain nombre de cas qui se terminent par la guérison.

4 Relativement aux symptômes, il est absolument nécessaire de transcrire ici un long passage de l'ouvrage de M. Rayer : c'est le seul moyen de donner une juste idée de l'état de nos connaissances à ce sujet, et de montrer combien les recherches les plus attentives sont nécessaires, si l'on veut parvenir un jour à jeter

quelque lumière sur cette symptomatologie, si difficile à étudier.

« Si la néphrite rhumatismale, dit M. Rayer, est suffisamment caractérisée par la maladie générale dont elle est un des rares phénomènes, par l'apparence particulière des lésions rénales, et par la coıncidence des lésions rhumatismales dans d'autres organes, pendant la vie les symptômes de cette affection des reins sont tellement obscurs dans la plupart des cas, que, dans l'état actuel de la science, il est à peu près impossible d'assigner les caractères à l'aide desquels on peut surement la reconnaître. Il est bien rare, en effet, que cette affection s'unnonce par une douleur dans la région d'un des reins, se propageant, dans la direction de l'uretère, dans le testicule et dans la cuisse correspondante, après la disparition brusque de douleurs rhumatismales d'autres parties du corps. Et lorsque, dans un cas de rhumatisme, la douleur, après avoir parcuru successive ment plusieurs jointures, se déclare dans une des régions lombaires, on n'est pas aussi sûr qu'on l'a dit de reconnaître que cette douleur est musculaire à et qu'elle augmente par les mouvements du tronc; car j'ai vu, dens des accès de celique Héphrétique, les douleurs rénales singulièrement augmentées par des mouvements analogues.

" Quant à la coîncidence d'une douleur dans la cuisse correspondante, ce phinomène n'est point un signe positif de néphrite, puisque cette doulour est sumi un

dés symptômes d'une affection rhumatismale du membre.

» La douleur dans le testicule du côté affecté est un signe de néphrite de plus de valeur; mais il manque dans un grand nombre de cas.

- « Une diminution très notable de la sécrétion urinaire (ischurie rhumatismale) est un des indices de l'affection rhumatismale des reins; mais dans des cas de rhumatisme articulaire aigu général, accompagné de sueurs très abondantes, j'ai vu si souvent la sécrétion urinaire suspendue ou très diminuée (lorsqu'il n'existait ni douleurs aux lombes, ni d'autres signes d'affection des reins), qu'on ne pent rien inférer rigoureusement de la suspension momentanée de la sécrétion de l'urine, à moins que les sueurs ne soient rares et peu abondantes, et que les beissons n'aient été prises en quantité assez considérable.
- » l'ai plusieurs sois noté, pendant la vie, la présence d'une certaine quantité d'albumine dans l'urine des rhumatisants qui éprouvaient des douleurs aux sombes. S'ils enseent ressenti en même temps une douleur dans le testicule correspondant, l'existence d'une néphrite ou au moins d'une hypérémie des reins m'eût para certaine; dans tous les cas, la douleur du testicule manquait.
- Quant aux propriétés physiques et chimiques de l'urine, étudiées comparativement chez les rhumatisants qui avaient des douleurs aux lombes et chez ceux qui a'en avaient pas, je n'ai point observé de différences qui pussent me faire soupconner l'existence d'une affection des reins. Dans tous les cas de rhumatisme aigu, l'urine était d'un rouge foncé et très acide; le sédiment, d'un rouge brique ou teint en rose, était composé, en très grande partie, d'urates en poudre amorphe, et quelquesois de rares cristaux d'acide urique.

Avant de présenter les réflexions que fait naître naturellement cette exposition des faits observés par M. Rayer, je crois devoir, pour ne pas interrompre la description, continuer l'analyse de son article.

La terminaison de la majadie n'est pas mortelle dans la très grande majorité des cas, puisque M. Rayer n'a vu qu'une seule fois les lésions rhumatismales des reins occasionner la mort par elles-mêmes. Dans tous les autres cas qu'il a observés, il y avait en même temps d'autres lésions, et notamment des lésions du cœur et de ses membranes.

Les lésions anutomiques sont le point le plus important à considérer; aussi ne saurais-je mieux saire que de transcrire encore le passage de M. Rayer où se trouve leur description: « En examinant après la mort, dit cet auteur, les divers organes d'individus de différents ages qui avaient succombé à des affections du cœur on du péricarde survenues à la suite de rhymatismes, j'avais noté depuis longtemps que les reins étaient quelquesois altérés. Lorsque j'eus réuni un certain nombre de cas de ces lésions réuales chez des rhumatisants, je sus frappé des apparences particulières que présentaient ces lésions. Si l'altération était récente, la substance corticale des reins était infiltrée, en un ou plusieurs points, de lymphe coagulable; ces dépôts solides faissient presque toujours saillie à la surface extérieure du rain, où ils apparaissaient comme des plaques légèrement jaunâtres, souvent entourées d'une ligne rouge plus ou moins soncée. Le volume de ces dépôts était très variable; à la coupe on voyait qu'ils se prolongeaient quelquesois très prosondément dans l'épaisseur de la substance corticale; j'en ai vu qui avaient le volume d'une grosse noix; d'autres celui d'un grain de cassis ou d'un grain d'un plus petit volume encore ; dans tous les cas, leur limite était exactement indiquée par une ligne rouge soncé qui séparait ces dépôts des parties non altérées. Les membranes extérieures du rein, dans les parties correspondantes à ces dépôts, étaient

m merchers, queltructes muni la membrane muqueuse de bassinet de la commune variable et un pointillé rouge remarquable; les en outre ils contenzient quelquesois E MAR DANK & TO

es montes, les lésions de la néphrite rhumatismale ont per des dépressions plus ou moins profondes, en rame imension, et dont le fond est jaune. La coupe n'a mandranes; à l'état chronique, c'est une matière serme, sent les dépressions, les membranes fibreuse et cellu-. - : dement adhérentes, qu'elles ne peuvent en être détachées, et voisinage, elles sont si fortement unies avec la substance ne peut les séparer qu'avec la plus grande difficulté. mais le plus souvent il que su epaississements partiels, reconnaissables à la saillie ou à l'opacité temps des kystes séreux dans la substance corticale, et de *.... arolagineux dans la substance tubuleuse. »

was per le proposition d'ail critique sur cette description, nous les sons le rapport des symptômes, on ne peut pas être complétement caractérisée par la maladie générale, dont elle est un des rares phémais il faudrait, pour que cette proposition fût adoptée sans restriction, ju 'i tut bien démontré qu'une néphrite simple ne peut pas se produire dans le week d'un rhumatisme, ou, en d'autres termes, que toutes les fois que pendant 'à juite d'un rhumatisme il survient des signes d'inflammation du rein, on pôt alle uner d'avance que si la mort survenait, on trouverait à l'autopsie la lésion parinvidere décrite plus haut, et qui, ainsi que nous allons le voir, est en définitive le caractère le moins sujet à contestation de la néphrite rhumatismale.

Avec M. Rayer il faut convenir que la douleur, telle qu'elle a été observée et decrite, n'est pas un signe suffisant. Quant à la suppression de l'urine, la manière de voir de cet auteur paraîtra peut-être exagérée; car, suivant tous les observateurs, (w synthôme n'appartient pas au rhumatisme articulaire, ou du moins ne se montre que d'une manière exceptionnelle dans cette maladie. Mais en admettant même que cette suppression de l'urine soit un phénomène se montrant assez fréquemment chans le rhumatisme articulaire pour mériter une attention particulière, il eut salle, avant de se prononcer, rechercher si la suppression a, dans ce dernier cas, une aussi longue durée que dans la néphrite, et il est plus que probable qu'en aurait noté le contraire. C'est donc, selon moi, sur ce symptôme que l'attention des observateurs doit être principalement portée.

Les curactères physiques et chimiques de l'urine n'ont, comme on l'a va, rien de particulier; de sorte que si l'on n'avait pas trouvé la lésion spéciale décrite par M. Rayer, et dont je vais parler, on serait en droit de nier l'existence d'une né-

phrite de nature rhumatismale.

Reste donc cette lésion qui consiste dans un dépôt de lymphe cosquiable; mais malheureusement ce caractère lui-même n'est pas essentiel, comme le fait remarquer M. Rayer. « Ces lésions anatomiques, dit-il (1), suffiraient, indépendamment de la cause qui les produit, pour caractériser la néphrite rhumatismale, si, dans certaines néphrites par poisons morbides, on n'observait pas des lésions semblables à celles que j'ai rencontrées dans la période aigué de la néphrite rhumatismale. »

Il résulte de ce qui précède que presque tout reste encore à faire sur cette espèce de néphrite, et qu'on doit d'abord s'efforcer de démontrer péremptoirement son existence. Cependant j'ai cru devoir entrer dans tous ces détails, parce qu'il ne peut pas être indifférent pour la pratique de savoir si l'on doit reconnaître ou non use néphrite de nature particulière, qui pourrait bien exiger des moyens différents de ceux qu'on oppose habituellement aux autres. Si je n'ai pas pu résoudre complétement la question, j'ai du moins montré les points qui demandent surtout à être éclairés. Espérens que des observations nouvelles ne tarderont pas à faire cesser nes doutes.

Le traitement doit nécessairement se ressentir de l'incertitude dans laquelle nous sommes restés sur l'existence même de la nature spéciale de la maladie; nous ne pouvons avoir, en effet, aucune expérimentation thérapeutique dirigée sur des cas hien déterminés.

- Dans le cas, dit M. Rayer, où l'on reconnaîtrait, pendant la vie, une affection rhomatismale des reins, son traitement rentrerait inévitablement dans celui de la maladie générale dont elle ne serait qu'un des éléments: des émissions sanguines abondantes et rapprochées seraient nécessaires. » Cette proposition ne peut évidemment s'appliquer qu'à la néphrite survenant dans le cours d'un rhumatisme aigu. Mais si, après s'être montrée de cette manière, l'affection persiste et devient chronique, ou bien si elle est chronique dès le début, quels sont les moyens à lui opposer? Ici l'observation est muette, et tout ce que je peux faire, c'est de renvoyer le lecteur à l'article Rhumatisme articulaire chronique, en attendant que de nouvelles recherches viennent nous apprendre s'il est utile de diriger contre l'affection rénale en particulier quelque moyen tout spécial.
- « On a aussi, ajoute le même auteur, conseillé d'appliquer des vésicatoires ou d'autres topiques excitants autour des articulations qui avaient été douloureuses dans le cours d'un rhumatisme, lorsqu'il paraissait s'être fixé sur les reins. » C'est la le traitement commun à toutes les métastases de ce genre admises par les auteurs.

ARTICLE V.

NÉPHRITE GOUTTEUSE.

Si l'on s'en laissait imposer par de simples apparences, on pourrait croire que la plupart des auteurs ont réellement mentionné une néphrite goutteuse; mais si l'on examine avec attention les principales publications dont M. Rayer nous a donné une indication exacte, on voit bientôt qu'il ne s'agit, dans toutes ces

¹⁾ Loc. cif., t. 11, p. 74.

4.

m mait explicitement signalé l'existence d'une inflanme qu'en ne conservat aucun doute, il faudrait qu'à
me des des goutteux correspondissent après la mort
me des nature de celles des autres néphrites, et que
me siège la substance même du rein et non ses conduits,
me des affections dont nous nous occupons actuellement. Or

which a tréquence plus ou moins grande de la gravelle et des calculs un a tréquence plus ou moins grande de la gravelle et des calculs un a tréquence plus ou moins grande de la gravelle et des calculs un unitables goutteuses. En second lieu, les faits qu'il a réunis nous unitables qui, sujets à des attaques de goutte, ont en , dans le cours un ques ou dans les intervalles , les urines chargées d'acide urique, out un unique dans les intervalles , et parfois ont eu des accès de colique néphrément l'autopaie, chez un très petit nombre de sujets, on a trouvé des unique dans les tubulures , de petits calculs , et des tésions de la manue articale et des membranes des reins qui n'ont rien de particulier.

we we can les lésions présentaient quelque chose d'insolite, et c'est pour une en donner la description, afin qu'on puisse juger si ce fait est suffi-

waverture du corps d'un goutteux, dit M. Rayer, j'ai trouvé les deux reins applicament altérés. Ils présentaient à leur surface de gros mamelons blanchâtres, applicament aux des dépressions dont le fond, parcouru par un très grand nombre de parcourures des reins. Toute la surface du rein gauche était généralement mamelonnée, et ses extrémités étaient aux membranes de parties aspérités. Le rein droit était moint annuelle des faces, les mamelons, disposés en circonvolutions, dégésérament en des élevures plus petites, irrégulières; sur l'autre face, les espèces de curvation de la élevures par les gros mamelons s'arrêtaient à un fillon qui semblat continuer l'augle inférieur de la scissure du rein, dont le lobe inférieur était parque lisse. A la coupe, la substance corticale était très pâle, et, par endroits, d'une teinte jaunâtre et légèrement transparente, à peu près comme dans un des étaits de la néphrite albumineuse; on ne découvrait point de granulations.

"Les haminets, un peu dilatés et arborisés, contenaient un assez grand nombre de petits graviers jaunes d'acide urique; on voyait en outre, à la surface interne du bandinet du rein gauche, un petit nombre de vésicules jaunâtres, transparentes, du volume d'une tête d'épingle.

. Il existait aussi un certain nombre de petits graviers jaunes dans la vessie, dont la membrane muqueuse était saine.

"In ne crois pas qu'avec de pareils faits on puisse regarder comme démontrée l'existence d'une néphrite goutteuse. M. Rayer lui-même semble le reconnaître, lurann'après avoir mentionné les grains de sable qui se trouvent dans les reins, il

" Quant à l'apparence de l'altération des substances des reins, elle varie

saivant les cas, mais elle correspond toujours à une de celles qui caractérisent la néphrite chronique, » Ainsi, je le répète, tout se qu'on peut dire, c'est que les goutteux sont sujets à la gravelle urique, et que, dans certains cas, les dépôts qui en résultent irritent les reins de manière à produire une inflammation aiguë ou chronique qui a son siège principal dans les conduits urinaires; mais il n'y, a rien là d'assez spécial pour nous déterminer à décrire cette affection courage une espèce particulière de néphrite. Au reste, la pathologie n'y perd rien, car toute la différence consiste dans la manière d'envisager l'affection, et, pour les begoins du praticien, il suffit de rappeler ces faits à l'occasion de la gravelle et des calculs urinaires.

Cependant, comme il ne peut pas être inutile de savoir quelles sont les espèces, dissérentes que présente une maladie, parce que chacune d'elles peut, exiger un traitement particulier, je n'ai pas pu me dispenser d'entrer dans la discussion prédédente, et d'indiquer avec quelques détails les raisons qui m'empêcheut de 447, crire une néphrite goutteuse.

ARTICLE VI.

MALADIE DE BRIGHT

(nophrite atbanineuse, atbuninurie, affection granuteuse des roins, sie:): >

L'affection dont il va être question dans cet article est une de celles dont on n'a pas, pu faire remonter la connaissance plus haut que ces dernières années, quelques, recherches d'érudition qu'on ait entreprises. C'est au docteur Bright que revient l'honneur de cette découverte, qui pouvait être préparée, mais qui assurément n'était point faite, comme on peut s'en assurer en lisant avec quelque attention l'historique détaillé de M. Rayer sur cette grave maladie, historique dont je vais indiquer sommairement les points principaux. Depuis Hippocrate jusqu'à Cotugno (1), tout ce que les auteurs avaient constaté, c'est que l'anasarque correspond parfois à certaines affections des reins. À peine si quelques uns avaient remarqué certains caractères particuliers des urines dans les cas de ce genre. À Cotugno commence une nouvelle série de recherches pour ainsi dire en seus inverse; c'est-à-dire que si les médecins précédents s'étaient contentés de signaler la coîncidence de la lésion rénale et de l'albumine, Cotugno et un bon nombre de ceux qui vin-rent après lui se contentèrent de rechercher le rapport qui pouvait exister entre la présence de l'albumine dans les urines et l'hydropisie.

Wells (2), dans plusieurs publications dont M. Rayer nous a donné des extraits, fut le premier qui entrevit le rapport et de la lésion particulière des reins, et de la présence de l'albumine dans les urines, avec les hydropisies, et la découverte de la maladie eût été complète si ce rapport eût été bien précisé. Mais Wells n'alla pas jusque-là, ainsi qu'on peut s'en convaincre par ce passage què rapporte M. Rayer:

"Mais je n'en conclus pas, ajoute Wells, que ces apparences des reins et cèlles qui ont été nofées dans d'autres cas (reins plus volumineux et plus mous, avec vési-

⁽¹⁾ De ischiade nervosa (Comment., 1770).

⁽²⁾ On the presence of the red matter and serum of the blood, etc. (Transactions of a Society for the improv. of med. and chir. knowledge, vol. 111).

cules, kystes, etc.) existent toujours, ni que les reins sont toujours malades, quand les urines contiennent beaucoup de sérum (1). » C'est cette indécision qui empêcita qu'on n'accordât aux recherches de cet auteur toute l'attention qu'elles méritaient, car on ne peut pas nier qu'elles ne soient de la plus haute importance.

Jusqu'à Bright il n'est aucun autre auteur qui ait poussé plus loin la connaissance de la maladie, et c'est pourquoi je n'entrerai pas dans des détails sur leurs travaux, bien que ceux de Blackall (2) et de Prout (3) aient un degré d'intérêt intentestable.

Noici comment M. Rayer indique la manière précise dont M. Bright fit connaître les caractères de la maladie à laquelle il a attaché son nom. On verra par la que, dès ce moment, toutes les incertitudes devaient cesser. « Après avoir rappelé l'influence remarquable que les maladies du cœur et des gros vaisseaux, les maladies du foie et des veines, et celle de l'inflammation des membranes séreuses exercent sur le développement de l'hydropisie, M. Bright annonça nettement que l'hydropisie avait encore une autre source dans des altérations particulières des reins; et il ajouta que toutes les fois que l'hydropisie dépendait de ces altérations rénales, l'urine était plus ou moins albumineuse, tandis qu'il ne l'avait jamais trouvée coagulable dans un grand nombre d'autres hydropisies qu'il avait observées et qui dépendaient de maladies organiques du foie. »

Dès lors l'affection fut bien connue, et il ne resta plus qu'à étudier quelques détails que le temps seul pouvait faire connaître. Des auteurs d'un très haut mérite vinrent bientôt compléter la description de la maladie, sur laquelle ont paru, dans cés quinze dernières années, un très grand nombre de travaux importants. Je me contente de mentionner ceux des docteurs Christison (4), Gregory (5), Rayer (6), Martin-Solon (7), parce que j'aurai à citer maintes fois, dans le cours de cet article, et les recherches de ces auteurs, et celles de plusieurs autres observateurs récents qui ont aussi jeté quelque lumière sur ce point si important de la pathologie des reins.

Il s'est élevé au sujet de la nature même de la maladie, de la dénomination qui lui convient et des diverses formes qu'elle présente, des discussions qui me paraissent mériter d'être examinées avant que nous entreprenions son histoire. La manière dont seront résolues les questions soulevées dans ces discussions doit, en esset, avoir une influence marquée sur le mode qu'il convient d'adopter dans la description de cette affection. Dans un travail que j'ai déjà cité (8), j'ai traité ces questions avec les détails qu'elles méritent; je crois donc bien saire en reproduisant ici le passage où elles sont examinées. Voici comment je m'exprimais à ce suiet:

a Avant d'entrer en matière, examinons d'abord, avec M. Rayer, si la maladie

(2) Observ. on the nature and cure of dropsies; London, 1813.

^{. (1)} Lec. cit., t. II, p. 534.

⁽³⁾ Inquiry on the nat. and treat. of gravel, etc.; London, 1821. Trad. on françois per Mour-ging, Paris, 1822, in-8.

⁽⁴⁾ Observ. on the variet. of dropsy, etc. (Edinburgh med. and surg. Journ., 1829); and Os granular degen. of the kidnies, etc.; Edinburgh, 1829.

⁽⁵⁾ On diseas, stat. of the kidney, etc. (Edinburgh med. and surg. Journ., 1821).

⁽⁶⁾ Oper. cit., t. II, p. 546.

⁽⁷⁾ De l'albuminurie, etc.; Paris, 1838.

⁽n) Arch. gen. de med., 3º série, 1842, 1. XV, p. 50.

mérite réellement le nom qu'il lui a imposé. L'expression de néphrite albumineuse indique l'existence d'une inflammation des reins, dont le signe spécial est la présence de l'albumine dans les urines. De nombreuses objections ont été faites à cette manière d'envisager la maladie, et M. Rayer a senti qu'il fallait commencer par les repouser. Nous ne saurions mieux faire que de citer la note de M. Rayer sur ce point, qui ne laisse pas d'avoir une grande importance, car les idées qu'on se fait sur la nature d'une maladie ont nécessairement une grande influence sur son traitement.

- « On a, dit M. Rayer, sait plusieurs objections contre la dénomination de néphrite albumineuse que j'ai imposée à cette maladie des reins.
- » On a dit que le mot néphrite, employé comme terme générique, pouvait empecher de reconnaître la nature de la lésion rénale; que cette dénomination tranchait une question qui n'était pas complétement résolue; qu'elle tendait à saire appliquer à cette maladie la méthode antiphlogistique qui ne lai était pas favorable dans un certain nombre de cas, et qui lui était contraire dans ses périodes avancées; cain, on a ajouté que d'autres lésions inflammatoires des reins étaient également accompagnées d'urines albumineuses. Je me bornerai à remarquer içi que l'analogie de cette maladie avec les autres inflammations rénales est frappaute, lorsqu'on les étudie comparativement dans leurs causes, dans leurs symptômes et leur traitement, et surtout dans les caractères anàtomiques de leur première et dernière périede ; que le mot de néphrite, appliqué comme terme générique à la néphrite alhumineuse, pe peut empêcher de reconnaître cette maladie, analogue par plusieurs caractères importants à la néphrite ordinaire; que si la méthode antiphlogistique telle que la comprennent les auteurs des objections, c'est-à-dire l'emploi des saignées générales et locales, la diète, etc., n'est pas applicable à la néphrite albumineuse chronque, une foule d'inflammations chroniques, et en particulier toutes les inflammations chroniques et non fébriles des reins et de la vessie sont dans le même cas; enfin que si l'urine contient quelquefois, et d'une manière passagère, de l'albumine mélangée ou non de pus ou de sang, dans d'autres affections rénales ou dans d'autres inflammations des reins (fait que j'ai signalé depnis longtemps), cela ne sait pas que le passage constant d'une quantité notable d'albumine dans l'urine ne soit un phénomène propre à caractériser une espèce particulière de néphrite.
- on s'est fait généralement une idée peu exacte de la néphrite albumineuse, d'après la seule connaissance de ses formes lentes eu chroniques. Longtemps en a négligé l'étude des cas aigus qui surviennent après la scarlatine, et plus rarement sous l'influence du froid et de l'humidité, et les cas les plus communs où la maladie, à son début, a un caractère inflammatoire, noté par des médecins d'une époque déjà éloignée, qui, dans l'ignorance du siège primitif de la maladie, l'avaient considérée comme une hydropisie inflammatoire, pléthorique ou sthénique.
- » En résumé, la dénomination de néphrite albumineuse à l'avantage de donner une idée générale du caractère nosologique de la maladie, de la rapprocher des lésions rénales avec lesquelles elle a de l'analogie, de faire pressentir la nécessité d'arrêter une maladie inflammatoire et désorganisatrice dès son début et avant qu'elle passe à l'état chronique, où elle est presque toujours incurable.
- " J'ajoute que les dénominations qu'on a proposées pour désigner cette maladie sont loin d'être présérables (Diseased kidney in dropsy, Bright, 1827; Menal

diseases accompanied with secretion of albuminous urine; Bright, 1886; — The variety of dropsy wich depends on diseased kidney, Christison; — The diseased states of the kidney connected during life with albuminous urine, Gregory); dénominations dont les unes out l'inconvénient de rattacher la lésion rénale à l'hydropisie, faquelle n'existe pas toujours et semble supposer que l'hydropisie se peut résulter d'autres affections rénales, et dont les autres semblent rénuir dans un même groupe toutes les lésions rénales accompagnées d'urine albumineuse pendant la vie, ce qui ne serait pas vrai, et ce qui ne pourrait être sait sans une confosion facheuse.

- La dénomination de dégénérescence granuleuse (granular degenération of the kydniès, Christison) a le grave inconvénient de donner à entendre que les granulations sont le caractère anatomique essentiel de la maladie, tandis qu'elles n'en sont réellement qu'une des apparences. Aussi cette dénomination a-t-elle condait à métonnaître la maladie dans les cas où les granulations de M. Bright n'existaient pas : dans la première, la seconde et la troisième forme, par exemple.
- La dénomination renal dropsy (hydropisie dépendante des reins) présente l'hydropisie comme la maladie elle-même, et cependant l'hydropisie peut ne pas exister lorsque la lésion rénale existe, et elle peut disparaître complétement lorsque l'affection rénale persiste.
- » La dénomination d'albuminurie, proposée par M. Martin-Solon, est plus défectueuse encore. En employant un même mot (albuminurie) pour désigner à la fois un phénomène commun à plusieurs maladies et une affection particulière des reins produisant l'hydropisée, il a été inévitablement conduit à jeter une sorte de confusion dans une étude qui offrait déjà par elle-même de grandes difficultés.
- » Enfin on a proposé d'appeler cette affection maladie de Bright; et j'auris été très disposé à adopter cette dénomination qui constate la découverte de ce médecin célèbre, s'il ne m'eût paru préférable de donner à la maladie un nom pathologique significatif. »
- Les raisons que donne M. Rayer pour conserver la dénomination qu'il a adoptée n'ont peut-être pas toute la valeur qu'il leur attribue. Il est très vrai que dans la première période de la maladie les symptômes et les lésions anatomiques présentent des caractères semblables à ceux des autres inflammations rénaies; mais n'en est-il pas de même pour toutes les affections organiques dont la nature s'éloigne le plus de l'inflammation? Qu'il se développe des tubercules dans les poumous, un cancer dans l'estomac ou dans l'intestin, ne voyons-nous pas survepir ; dans le premier cas , des symptômes qui se rapprochent tellement d'une bronchite chronique, qu'ils en ont imposé à plusieurs observateurs, et dans le second des troubles gastriques et intestinaux tels; que l'inflammation paraît, dans quelques cas évidente? Certains auteurs, il est vrai, admettent que les maladies dont nous parlons sont de nature inflammatoire, au moins dans feur première période; mais nous ne pensons pas que M. Rayer soit de ce nombre, et il neces suffic de faire remarquer que la maladie de Bright suit, d'après cet auteur, une marche bien différente de l'inflammation ordinaire, qu'elle donne lieu à des altérations de structure qu'on ne rencontre pas dans les simples phlegmasies, que sous ces divers rapports elle se rapproche évidemment assez des affections organiques dont nous venons de parler peur montrer que s'il est vrai que cette affection présente, des

le principe, des symptômes inflammatoires, ces symptômes ne sont pas essentiels, ne sauraient constituer la nature de la maladie, et ne sont, comme dans les cas de tubercules pulmonaires et de cancers des divers organes, autre chose que le résultat d'un travail organique profond par lequel commence la dégénération toute spéciale des reins. S'il en était autrement, ne verrait-on pas se produire assez fréquemment des altérations toutes semblables à celles qui ont lieu dans la néphrite simple?

Il est vrai que les autres dénominations proposées par les divers auteurs ne sont pas plus exactes; aussi n'est-ce point sur le nom en lui-même que portent nos réflexions, mais sur les raisons que M. Rayer a invoquées pour l'adopter. Pourvu, en esset, qu'on ait soin, comme il l'a sait, de prévenir le lecteur de la spécificité de la maladie, peu importe, au sond, qu'on l'appelle néphrite albumineuse, maladie des reins avec sécrétion d'urine albumineuse (Bright), dégénérescence granuleuse des reins (Christison), maladies des reins liées à une sécrétion albumineuse (Gregory), ou bien simplement maladie de Bright. Il n'est point de lecteur un peu instruit qui ne comprenne aussitôt que, puisque ces symptômes inflammatoires existent dans une maladie toute spéciale, ils n'ont qu'une importance secondaire, et ne doivent nullement détourner son attention de l'étude des caractères particuliers de l'affection.

Une seule dénomination peut-être doit être abandonnée; c'est celle d'albuminurie, imaginée par M. Martin-Solon. L'abuminurie, en esset, ne constitue
pas, comme le sait remarquer M. Rayer, une maladie particulière, mais bien
une altération de la sécrétion urinaire commune à plusieurs affections. On ne
peut pas plus se servir de ce nom que de celui de dyspnée pour indiquer une
maladie dans laquelle la gêne de la respiration serait portée à un très haut degré.

» Il est donc bien compris qu'on ne doit attacher à toutes ces dénominations qu'une médiocre importance; c'est dans l'étude attentive des détails de l'affection, et non dans un mot qui n'en indique qu'incomplétement les caractères, qu'on doit chercher à se faire une idée de la nature d'une maladie. »

La discussion dans laquellé je viens d'entrer à propos des dénominations imposées à la maladie de Bright n'est pas un pure dispute de mots, car il en résulté que cette àffection ne peut pas plus être considérée comme une inflammation des reins que comme une simple excrétion anormale d'albumine, ou toute autré altération exclusive soit des solides, soit des liquides. C'est une maladie dans laquelle plusieurs états morbides spéciaux concourent au même but. On voit donc qu'en discutant les dénominations, j'ai en définitive cherché à apprécier la nature même de l'affection, et si je ne suis pas parvenu à l'indiquer d'une manière précise, c'est que la chose n'est pas possible dans l'état actuel de la science.

Quant aux divisions proposées par les auteurs, il faut remarquer d'abord que presque toutes se rapportent uniquement aux lésions automiques, et que par conséquent elles ne doivent pas nous préoccuper dans la description symptomatique. Si, à des lésions déterminées, on pouvait rapporter, à certaines époques de la maladie, des symptômes également determinés, il faudrait établir sur ces rapports une division méthodique; mais c'est ce qui n'existe pas. Ainsi il est impossible de dire d'une manière précise quels sont les symptômes qui correspondent particulièrement aux trois formes admises par M. Bright, aux trois degrés de M. Christison, aux cinq variétés de M. Martin-Solon; ou plutôt, il faut reconnaître que tous les

mune chez les prémiers que chez les derniers. Toutesois ce fait ne me paraît pas suffisamment démontré, et je ne crois pas qu'avec les éléments que possédait M. Becquerel, on pût arriver à quelque chose de précis. Il a, en esset, rassemblé vingt-cinq observations de maladie de Bright chez les enfants, mais ces faits sui sont venus de dissérentes sources; comment donc aurait-il pu trouver une proportion exacte, ne sachant pas le chiffre des sujets sur lesquels ont été prises les observations? Tout ce qu'il est permis de dire, c'est que les cas qu'il a recueillis et ceux que l'on recueille journellement à l'hôpital des Ensants malades prouvent que la maladie n'est pas aussi rare dans l'ensance qu'on pourrait le croire d'après les assertions de certains auteurs. M. Rayer a remarqué que c'était principalement à la saite de la scarlatine qu'on l'observait chez les ensants, et que, en pareil cas, la instaldie se présentait presque toujours sous sa sorme aigné.

Les adultes en sont fréquemment atteints. Elle se montre rarement dans un le très avancé, ainsi que le démontrent les divers relevés d'observations : toutefois, pour que les résultats fussent précis, il faudrait connaître le nombre de sujets existants aux diffésents ages, document que nous ne possédons pas.

Sexe. L'influence du sexe est évidente. Les hommes en sont plus fréquemment atteints que les femmes; c'est un fait que nous avons constaté en citant le relevé de M. Becquerel, et qu'il ne faudra pas perdre de vue lorsque nous aurons à déterminer le rapport qui peut exister entre la maladie de Bright et les tubercules du poumon.

Constitution; tempérament. La constitution n'a pas été étadiée d'une manière rigoureuse. Toutesois on admet qu'une constitution débite et un tempérament lymphotique prédisposent considérablement à cette affection. On à surtout insisté sur l'influence de certaines affections constitutionnelles, et en particulier des scrosules et de la syphitis. « J'ai vu, dit M. Rayer, plusieurs malades atteints de cette espèce de néphrite, qui avaient des ulcères scrosuleux aux jambes, des inflammations chroniques aux articulations des genoux, de la hanche, des es des pieds, des doigts, etc.; d'autres offraient des symptômes non équivoques de syphilis ancienne et invétérée, des éruptions vénériques, des exosteses, des ulcérations à la voête palatine, etc. Toutesois tous ces cas n'étaient pas également concluants, car plusieurs de ces malades avaient été exposés à l'influence d'autres causes dont l'action sur le développement de la néphrite albumineuse n'est pas douteuse : à l'impression du froid et de l'humidité, et à l'abas des liqueurs spiritueuses. » On voit par cette citation qu'il n'y a rien de bien précis dans l'appréciation de ces causes, dout l'influence ne nous est connue que d'une manière générale.

Conditions hygieniques. Les conditions hygieniques ont attiré particulièrement l'attention des médecins. Suivant M. Rayer, l'exposition habituelle ou longtemps continuée du corps à l'action du froid et de l'humidité est, en France, la cause la plus fréquente de cette maladie. La plupart des individus qu'il a traités avaient passé plusieurs mois dans une habitation froide et humide, et plusieurs étaient journellement exposés par leur état à l'action du froid humide : « C'étaient, dit l'anteur que je viens de citer, des tisserands, des blanchisseuses, des ouvriers imprimeurs occupés à mouiller le papier, des portiers habitant des loges basses et humides; d'autres exerçaient des professions qui les obligeaient d'avoir habituellement les pieds dans l'eau (débardeurs, bateliers, etc.). »

Cette appréciation d'une cause importante à connaître n'est malheureusement pas rigoureuse; c'est ce que l'on a très bien fait observer quand on a dit que les professions exercées par les ouvriers dans les grandes villes en exposent le plus grand nombre au froid et à l'humidité, et que par conséquent il n'est nullement étonnant qu'on en trouve une proportion notable dans la maladie de Bright aussi bien que dans toute autre. On oublie toujours que la recherche des causes, et sertout des causes indirectes, doit principalement porter sur la proportion relative des cas. Parce que l'on voit un nombre un peu considérable de sujets d'une certaine profession être affectés d'une maladie donnée, on en conclut que cette profession y expose plus que toute autre, et l'on tombe de cette manière dans les plus graves erreurs. Espérons que des recherches faites d'après des données plus certaines viendront nous éclairer sur l'influence de la cause que nous étudions ici, et que nous devons regarder comme probable, mais non comme démontrée de manière à satisfaire les esprits rigourgux.

L'abus des liqueurs spiritueuses, dit M. Rayer, est une cause très commune de la néphrite albumineuse dans la Grando-Bretagne, où, suivant M. Christison, cet abus produit les trois quarts ou même les quatre cinquièmes des cas de cette maladie.

Les réflexions que je viens de présenter à propos de l'influence du froid et de l'humidité se présentent naturellement ici. Les sujets admis dans les hôpitaux, en Angleterre, ne font-ils presque pas tous des excès alcooliques? Et devons-nous trouver extraordinaire qu'un très grand nombre de malades soient dans ces conditions? M. Rayer n'a pas recherché l'influence de cette cause en France, ce qui lui eût servi à juger la question. Quant à M. Becquerel, il a trouvé que neul fois seulement sur soixante-neul cas les malades étaient dans l'habitude de faire des etcès de hoisson. Cette proportion est, comme on le voit, très peu considérable, et à coup sur on la retrouverait dans une maladie quelconque observée dans nos hôpitanx.

Les recherches faites sur l'influence de l'alimentation n'ont produit aucun résultat satisfaisant. M. Becquerel, qui a examiné sous ce point de vue les divers cas soumis à son observation, n'en a trouvé que neuf dans lesquels la nourriture ait été mauvaise et insuffisante. On n'a cité aucun aliment particulier qui puisse produire la maladie de Bright.

Suivant quelques auteurs, les excès vénériens pourraient donner naissance à cette affection, mais le fait n'est nullement prouvé, puisque deux individus seulement sur soixante-neuf observés par M. Becquerel étaient dans de semblables conditions. M. Rayer (1) dit que trois fois l'onanisme lui a paru la seule cause appréciable à laquelle on pût attribuer le développement de la néphrite albumineuse chronique; mais cette proposition ne saurait être regardée comme très exacte, puisque nous remps plus loin que cette maladie peut se développer sans qu'il soit possible d'en découvrir la cause.

Suivant ce dernier auteur, l'aménorrhée est plutôt une conséquence que la cause de la maladie de Bright. Le même auteur a rangé la grossesse parmi les

⁽¹⁾ Loc. cit., t. H. p. 129.

causes prédisposantes de cette maladie ; les recherches de MM. Cahen (1) et Devilliers fils (2) ont confirmé cette assertion.

Je ne parle point ici de l'influence de la phthisie pulmonaire, des maladies du cœur et du foie, parce que j'aurai à en dire un mot plus loin en parlant des conditions organiques dans lesquelles se développe l'hydropisie rénale.

Les climats et les saisons ont-ils une influence mieux démontrée que celle des causes précédentes? Si l'on s'en rapporte aux différents auteurs, le fait n'est pas douteux; cependant il faut observer qu'aucun d'eux ne s'est exprimé d'une manière précise. Tout ce qu'il est permis de dire, par conséquent, c'est qu'un climat froid et humide, le printemps et l'automne, paraissent plus favorables au développement de la maladie.

Enfin on s'est demandé si l'hérédité, dont l'influence n'est pas douteuse dans quelques autres maladies des reins, ne se retrouverait pas dans celle dont il s'agit ici, mais les recherches ont démontré le contraire.

2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles sont beaucoup plus difficiles encore à reconnaître que les causes prédisposantes. Les recherches sur ce point ne nous fournissent que des résultats extrêmement vagues. Il suffira par conséquent d'indiquer rapidement les causes de ce genre.

Les excès de boissons alcooliques, dont j'ai parlé à propos des causes prédisposantes, se retrouvent ici, mais leur influence n'est nullement mise hors de donte. L'influence du froid extérieur devient bien plus marquée chez les individus convalescents de la scarlatine. Lorsque nous aurons à traiter de cette maladie, nous indiquerons les cas où il survient une hydropisie par suite de l'impression du froid. Or il résulte des recherches de M. Rayer qu'en pareil cas l'urine est albumineuse, et les reins présentent les lésions propres à la maladie de Bright.

Une grande fatique, des travaux excessifs ont été également signalés, sans qu'on ait fourni des preuves plus convaincantes. Ajoutons l'ingestion de boissons froides, le corps étant en sueur, l'usage immodéré des préparations mercurielles, signalés par les docteurs Wells, Blackall, Christison, mais dont l'action n'a pas été reconnue par M. Rayer, qui a fait sur ce point des recherches nombreuses à l'hôpital des Vénériens, avec M. le docteur Desir, et nous aurons les principales causes occasionnelles de la maladie de Bright.

3° Conditions organiques.

En donnant la définition de la maladie, nous avons dit que ses principant caractères étaient la présence de l'albumine dans les urines, l'hydropisie, et une lésion particulière des reins; mais est-ce à la maladie des reins qu'il faut rapporter l'existence de l'hydropisie et la présence de l'albumine dans les urines, qui ne seraient alors que de simples symptômes? Ou bien doit-on chercher une cause organique antérieure, à laquelle il faudrait rapporter et les symptômes et les lésions rénales? C'est ce qui ne paraît pas douteux au docteur J. Darrwall (3).

⁽¹⁾ De la néphrite albumineuse ches les semmes enceintes; Thèse, Paris, 1846.

⁽²⁾ Archiv. yén. de méd.

^{&#}x27;3) Cyclopædia of pract. med., article Dropsy.

Suivant cet auteur, il faudrait diviser la maladie en trois espèces : la première, qui commence par une affection des organes respiratoires ou circulatoires, et est suivie de l'affection particulière des reins ; la deuxième, qui commence par cette affection des reins , et qui a pour conséquences les lésions de la respiration et de la circulation ; la troisième, enfin, dans laquelle les reins sont les seuls organes lésés.

D'autres auteurs, faisant des observations plus précises, ont recherché, et le nombre des cas dans lesquels diverses affections ont précédé l'apparition rénale, et les rapports de cette lésion avec ces maladies diverses. On a dit que les tubercules pulmonaires tantôt précédaient et tantôt suivaient l'apparition de la maladie de Bright; mais par ce fait seul on a prouvé que l'influence réciproque de ces maladies n'était pas suffisamment connue. Rappelous-nous d'ailleurs que la maladie de Bright est plus commune chez les hommes que chez les femmes, et que les tubercules pulmonaires sont, au contraire, notablement plus fréquents chez ces dernières, et nous en conclurons qu'avant d'admettre cette influence réciproque des tubercules et de la maladie de Bright, il faut attendre des faits mieux étudiés et plus rigoureusement analysés que ceux que nous possédons.

Il en est de même des maladies du cœur, auxquelles MM. Rayer et Martin-Solon ont, après la plupart des auteurs anglais, attribué néanmoins une action marquée. Ce n'est qu'avec des chissres considérables, en établissant d'une manière rigoureuse les proportions et après avoir suivi avec beaucoup d'attention la marche et le développement successis de ces maladies qui se compliquent entre elles, qu'on pourra arriver à un résultat précis; or tous ces renseignements nous manquent.

M. le docteur Bevil Peacock (1) a recherché quel est le rapport de coincidence des diverses maladies du cœur, du soie et des poumons, avec la maladie de Bright. Il résulte de ses recherches que la phthisie pulmonaire se rencontre beaucoup plus sréquemment que toute autre affection avec la maladie de Bright, et que l'apparition de cette dernière maladie agit d'une manière très fâcheuse dans la marche des subercules. Relativement au premier de ces résultats, on ne peut s'empêcher de saire remarquer qu'il n'offre rien qui démontre d'une manière positive une liaison évidente entre la phthisie et la maladie de Bright, puisque dans toutes les circonstances la phthisie est plus fréquente que les autres affections étudiées par M. Peacock sous ce rapport.

Ensin on s'est demandé s'il n'y aurait pas une maladie primitive du sang dont les urines albumineuses, l'hydropisie et les lésions rénales ne seraient qu'une conséquence. Je ne crois pas que l'étude de la maladie soit assez avancée sous ce point de vue pour que l'on puisse se prononcer d'une manière positive.

Quelques recherches ont démontré que le sérum du sang des individus affectés de la maladie de Bright a perdu une notable quantité d'albumine; mais tout dépend ici de l'époque à laquelle ce liquide a été examiné; et comme, ainsi que nous allons le voir, il est extrêmement difficile de reconnaître l'époque précise où l'altération des reins commence, on conçoit sacilement toutes les dissicultés qu'il y a à s'assurer si l'altération du sang est primitive ou consécutive. Qu'il nous sussisse donc d'avoir indiqué ces importants sujets de recherches, et passons à la description des symptômes.

⁽¹⁾ London and Edinburgh monthly Journ., août 1835.

§ III. — Symptômes.

Il est nécessaire, ainsi que je l'ai dit plus haut, de tenir compte, dans la description des symptômes, de la forme aiguë et de la forme chronique. M. Rayer a surtout insisté sur cette distinction, que la plupart des autres auteurs ont néanmoins négligée; et cependant, sous le point de vue du diagnostic, elle offre un intérêt incontestable, puisque la maladie marche, dans certains cas, avec une extrême rapidité, et donne lieu à des symptômes fébriles qui pourraient être facilement méconnus et pris pour ceux d'une autre affection aigué.

1° Forme aiguë. Début. Suivant M. Rayer, la maladie de Bright, à l'état aigu, débute ordinairement par un frisson suivi de chaleur à la peau, de soif, et de fréquence et dureté du pouls; mais si l'on consulte les observations, on voit que le frisson a été rarement noté, et que la soif, la chaleur et le pouls fébrile n'ont pas attiré l'attention d'une manière suffisante. M. Martin-Solon, qui a donné une description intéressante de la maladie de Bright, et qui a observé plusieurs faits présentant la forme aiguë, n'a nullement parlé du frisson; et quant aux autres symptômes qui viennent d'être mentionnés, il les a notés comme faibles et passagers; d'où il résulte que les symptômes fébriles, indiqués par M. Rayer comme caractérisant d'une manière particulière le début de la néphrite albumineuse aiguë, ne se montrent avec quelque intensité que dans des cas exceptionnels.

Symptômes. La douleur est encore un symptôme qui n'a pas été étudié d'une manière satisfaisante. Suivant M. Rayer, les malades éprouvent presque toujours un sentiment de constriction, une douleur sourde, ou au moins un malaise aux lombes. quelquesois plus marqué aux régions rénales. Si nous consultons les autres auteurs, nous trouvons une manière de voir sort différente au sujet de ce symptôme. Ainsi M. Gregory n'a noté la douleur rénale que dans la moitié des cas; M. Tissot (1) pe l'a constatée que chez le tiers des sujets, et M. Martin-Solon, en étudiant attentivement les saits, est arrivé au même résultat que M. Tissot. On peut dire, il est vrai, que ces derniers auteurs ont parlé à la fois de la forme aiguë et de la forme chronique, et que c'est là peut-être la cause de la divergence d'opinions que je signale. Il faut donc nécessairement avoir recours aux observations rapportées par VI. Rayer lui-même. Or. si l'on consulte les seize cas de néphrite albumineuse aiguë qui se trouvent dans son ouvrage, on trouve que dix fois la douleur rénale a manqué complétement ou n'est pas mentionnée, et que six fois seulement il est question de cette douleur. Si l'on voulait même être très rigoureux, il faudrait n'admettre deux de ces derniers cas qu'avec un point de doute, car il n'est pas certain que la douleur, rapportée par les malades à un point peu précis des lombes, appartint réellement à la glande rénale. Il suit de là que, jusqu'à ce qu'on ait apporté en preuve de nouveaux faits concluants, on ne doit regarder la douleur rénale que comme un symptôme appartenant à la minorité des cas, ce qui lui ôte nécessairement de son importance.

Cette douleur est peu considérable et sourde, même dans les cas les plus remarquables par leur acuité. Jamais les médecins qui l'ont étudiée ne l'ont vue consister en élancements, en irradiations gagnant les cuisses et les testicules, et souvent elle est si saible, qu'il saut sixer l'attention du malade sur elle pour qu'il l'apprécie.

⁽¹⁾ De l'hydrop, causée par l'affection granuleuse des reins; Thèse, Paris, 1833.

La pression, et mieux encore la percussion, servent à déterminer d'une manière plus précise le siège de la douleur qui se développe spontanément, et, dans quelques cas, à provoquer la manifestation de ce symptôme chez des sujets qui ne l'avaient jamais éprouvé. Ces derniers cas sont rares; mais, suivant les recherches de M. Martin Solon, la douleur provoquée ne manque jamais chez les sujets qui ressentaient déjà des douleurs spontanées.

L'inspection de la région rénale ne fait reconnaître rien de particulier. M. Piorry a proposé de pratiquer la percussion pour déterminer le degré de tuméfaction des reins; mais dût-on parvenir de cette manière à un résultat précis, ce qui est bien loin d'être prouvé, qui voudrait faire placer les malades sur les coudes et sur les genoux, et percuter longuement la région rénale, pour s'assurer que les reins ont acquis un volume plus grand qu'à l'état normal, lorsqu'on peut par beaucoup d'autres moyens excellents arriver à constater l'existence de la maladie et en suivre les progrès?

La sécrétion urinaire présente des altérations de la plus haute importance, puisque, com me nous l'avons vu, elles ont principalement servi à caractériser la maladie. L'abondance des urines est toujours, d'après les recherches de M. Rayer, moins considérable que celle des boissons, et elle est souvent réduite à une quantité qui varie entre 360 et 180 grammes par jour. Les autres auteurs se contentent de dire que la quantité de l'urine est ordinairement au-dessous de la quantité normale. L'émission de l'urine a lieu sans douleur, suivant M. Rayer, à moins qu'il n'y ait une complication du côté de la vessie. M. Christison dit, au contraire, que presque tous les malades éprouvent des douleurs en urinant. Cette dernière manière de voir est bien loin d'être exacte. Cependant il résulte d'un petit nombre de saits, et notamment de quelques uns qui ont été observés par MM. Gregory et Martin-Solon, que quelquesois il existe une dysurie marquée, alors que la maladie est dans un état évident de simplicité. Mais le nombre extrêmement limité de ces faits prouve que si la proposition de M. Rayer n'est pas d'une exactitude rigoureuse, elle s'applique du moins à la très grande majorité des cas. Il n'est pas non plus exact de dire avec M. Christison que le besoin de rendre les urines se fait fréquemment et impérieusement sentir chez presque tous les sujets; car si, dans quelques cas, le fait a été observé, c'est néanmoins le contraire qui a ordinairement lieu, et il n'est pas rare de constater le même nombre d'émissions qu'on observe dans l'état sain.

Dans la forme aigué dont il est question ici, l'urine présente ordinairement une couleur remarquable. M. Martin-Solon l'a trouvée brunâtre, rouge, jaunâtre, feuille-morte, couleur de vin paillet. Cette couleur est due à la présence d'une quantité variable de matière colorante du sang, altération sur laquelle nous reviendrons tout à l'heure. Quelquesois la couleur est presque normale. Ces nuances de coloration varient dans le cours de la maladie. Ainsi, pendant deux ou trois jours, on trouve la teinte la plus soncée qui vient d'être indiquée, puis l'urine redevient citrine ou prend une autre nuance. C'est surtout dans les paroxysmes que présente la maladie de Bright à l'état aigu, qu'on observe ces colorations, et souvent alors on voit l'urine devenir claire ou présenter une teinte soncée, suivant qu'il y a une rémission ou une exacerbation. Dans quelques cas, suivant M. Martin-Solon,

l'urine offre la couleur du vin blanc, que nous lui trouverons plus particulièrement dans les cas de maladie de Bright à forme chronique.

En même temps que les urines présentent ces diverses colorations, elles ont un coup d'œil louche ou trouble, ce qui s'observe plus fréquentment dans la forme dont je donne la description que dans la forme chronique. Quand l'urine reprend sa couleur normale, alors même que la maladie ne fait pas de progrès vers la guérison, il n'est pas rare de lui voir recouvrer toute sa transparence.

L'odeur de ce liquide a quelque chose de particulier qu'il importe de signaler. M. Rayer a étudié avec soin ce caractère: « L'odeur de l'urine, dit-il (1), est faiblement urineuse. Au bout de vingt-quatre heures, l'urine a souvent une odeur particulière, analogue à celle du bouillon de bœuf. Suivant M. Martin-Solon, quand on conserve le liquide dans des vases ouverts, il n'acquiert pas aussi promptement, ni à un aussi haut degré qu'à l'état normal, l'odeur fétide et ammoniacale particulière à l'urine putréfiée. Cependant il y a des exceptions à cette règle, puisque, dans un cas cité par cet observateur, et dans un autre qui a été recueilli par le docteur Sabatier (2), l'urine est devenue promptement fétide. Du reste, il n'y a pas, comme on le voit, de différences notables entre les observations de M. Martin-Solon et celles de M. Rayer.

Un caractère de l'urine, sur lequel M. Tissot a insisté, c'est de mousser beaucoup plus que l'urine normale; si on l'insuffle en faisant plonger dans son intérieur l'extrémité d'un tube, on forme un grapd nombre de bulles larges et qui tardent à se rompre, comme cela a lieu dans un liquide chargé d'une certaine quantité de savon.

La densité de l'urine mérite d'attirer l'attention de l'observateur, et à ce sujet il s'est élevé quelques discussions. D'après M. Rayer, la pesanteur spécifique de l'urine est souvent à peu près la même que celle de l'urine dans l'état sain, quelquesois au-dessus et rarement au-dessous, d'une manière notable. M. Martin-Solon n'ayant pas tenu compte, dans son appréciation, de l'état aigu et de l'état chronique, on ne peut invoquer ses recherches sur ce point. Il en est de même de MM. Gregory et Bostock. Quant à M. Bright, il n'a parlé, comme nous l'avons vu, que de la sorme chronique. Il n'en est pas de même de M. Christison. Cet auteur a parlé de l'assection au premier degré, et le premier degré admis par lui a les mêmes caractères que la néphrite albumineuse aiguë de M. Rayer. Or il n'est pas arrivé aux mêmes résultats, et voici les réslexions que j'ai présentées à ce sujet dans l'article des Archives déjà cité:

« Suivant M. Christison, il y aurait dans cette première période un léger abaissement de la pesanteur spécifique. D'après M. Rayer, au contraire, elle est souvent à peu près la même que dans l'état sain, quelquesois au-dessus et rarement audessous, d'une manière notable. Comment expliquer cette divergence d'opinions? Faut-il se contenter de dire avec M. Rayer que tout ce qu'on a écrit jusqu'à lui sur la densité des urines ne doit s'appliquer qu'à la sorme chronique de la maladie, et nullement à l'état aigu dont il est ici question? Mais nous savons que M. Christison a admis, dans son premier degré, un certain nombre de symptômes inflamma-

⁽¹⁾ Loc. cit., t. II, p. 106.

⁽²⁾ Consid. et obs. sur l'hydrop. symptom. d'une lésion spéciale des reins (Arch. gén. de méd., 2º ofrie, 1. V. p. 333).

toires: cet auteur à donc observé des cas où existait l'état aigu. Toutesois les expériences de M. Rayer ont été saites avec tant d'exactitude et un nombre de saits si considérable, que tout porte à croire que les cas observés par M. Christison étaient de simples exceptions. » Il n'a été rien dit depuis sur ce sujet qui doive nous saire changer de manière de voir.

M. Rayer a constaté l'acidité constante de l'urine dans cette forme aigué de la maladie. Si d'autres auteurs, et notamment M. Martin-Solon, ont dit que souvent ce liquide est neutre, et quelquesois même alçalin, c'est qu'ils ont décrit à la sois la sorme aigué et la sorme chronique.

L'examen microscopique donne des résultats fort importants, et sous ce rapport je ne saurais mieux faire que de citer le passage suivant de M. Rayer (1):

- « Si, dit-il, au moment de l'émission, on examine cette urine albumineuse et sanguinolente, on reconnaît qu'elle tient en suspension un grand nombre de globules sanguins, parfois des globules muqueux, et toujours de petites lamelles d'épithélium.
- Abandonnée à elle-même, cette urine donne un sédiment presque entièrement composé de ces globules et de ces lamelles, et quelquesois de silaments sibrineux. Il est rare d'y observer de petits cristaux d'acide urique, dont la présence dans l'urine est beaucoup plus fréquente dans le cours de la néphrite albumineuse chronique. » C'est par la plus ou moins grande abondance des globules sanguins que s'expliquent principalement les diverses nuances de coloration qui ont été indiquées plus haut; je dis principalement, parce que, dans lés paroxysmes, les urinés peuvent prendre, aiusi que l'a constaté l'auteur que je cite, une teinte rouge prononcée, sans qu'elles contiennent une plus grande quantité de sang.
- Dans la néphrite albumineuse aiguë, ajoute M. Rayer, les éléments naturels de l'urine éprouvent en général, dans leur proportion, un changement moins remarquable que dans la néphrite albumineuse chronique. La proportion de l'urée et des sels est quelquesois peu ou point diminuée, et à cet égard l'urine dissère peu de l'urine à l'état sain. » M. Grégory (2) a constaté l'existence de l'urée en proportion normale, dans un cas appartenant évidemment à la forme aiguë. Les autres auteurs ayant encore négligé sur ce point la distinction que nous admettons ici de la forme aiguë et de la forme chronique, ne peuvent être consultés avec fruit.

Il n'est pas de caractère de l'urine qu'il soit plus important d'étudier que celui qui consiste dans la présence de l'albumine dans ce liquide. Les moyens employés dans le but de constater cette altération particulière du liquide urinaire sont assez nombreux; mais il en est deux qui sont d'un usage général, qu'on a facilement sous la main, qui sont, sous le rapport de l'exactitude du résultat, présérables à tous les autres, et que je dois par conséquent indiquer en première ligne : ce sont l'acide nitrique et le calorique.

Exploration par l'acide nitrique. L'acide nitrique doit être versé presque goutte à goutte dans l'urine. Ce n'est pas qu'un excès d'acide redissolve reellement l'albumine, mais il crispe le coagulum, qui subit une diminution notable de volume, et par conséquent le précipité devient moins facile à constater. On conçoit que, dans les cas où l'albumine se trouve en très petite quantité dans le liquide, il en

⁽¹⁾ Traité des maladies des reins, t. II, p. 106.

⁽²⁾ Obs. LXXIII.

résulte nécessairement une bien plus grande difficulté à reconnaître sa présence, et c'est même là ce qui a fait croire à quelques observateurs que l'excès d'acide redissolvait ce corps.

L'urine albumineuse, soumise à une suffisante quantité d'acide nitrique, présente un précipité d'un blanc laiteux, blanchâtre, ou gris jaunâtre, et floconneux. Un des caractères de ce précipité qu'il est important de ne pas oublier, c'est qu'il se dissout dans la potasse caustique, et que l'acide acétique ne peut pas le resormer dans cette solution.

Outre ces caractères, on en a cherché, à l'aide du microscope, d'autres qui viennent les confirmer. Voici à cet égard comment s'exprime M. Rayer: • Le précipité fait dans quelques urines par l'acide nitrique est quelquesois, comme je l'ai dit, composé d'albumine, d'urate d'ammoniaque et d'acide urique. Pour distinguer ces précipités complexes des précipités simples d'albumine, il sustit de les examiner au microscope. L'albumine coagulée a une apparence lamelleuse, chagrinée, particulière; la présence de l'acide urique ou de l'urate d'ammoniaque dans le précipité, est indiquée dans le premier cas par les cristaux d'acide urique, et dans le second par une poudre amorphe bientôt remplacée par de semblables cristaux, lorsque l'action de l'acide nitrique sur ce sel est complétement opérée. »

Exploration par le calorique. Avant de soumettre l'urine à l'action de la chaleur, pour s'assurer si elle contient de l'albumine, il faut constater si elle est acide, neutre ou alcaline. Dans le premier cas, on peut procéder immédiatement à l'expérience; dans les deux autres, il faut verser dans le liquide une petite quantité d'acide nitrique, de manière à l'aciduler. Si l'on agit sur l'urine alcaline, le précipité ne se forme pas : à peine le liquide se trouble-t-il lorsque l'albumine est très abondante. Si l'urine est neutre, il se forme ordinairement un précipité, mais pas toujours, ainsi que l'a constaté M. Rayer; et, dans tous les cas, l'expérience réussit infiniment mieux lorsque l'urine est acide.

Cette précaution prise, il suffit d'exposer l'urine, dans un tube de verre ou dans une capsule à l'action d'une lampe ou d'un feu de charbon. On voit apparaître bientôt un nuage, des stries blanches, puis des grumeaux, des flocons, qui, d'abord suspendus, gagnent ensuite en grande partie le fond du vase. L'apparence de l'albumine coagulée dans l'urine est très variable suivant les cas. Ainsi, lorsque cette matière est très peu abondante, on ne voit qu'un nuage laiteux et de petits grumeaux qui se précipitent; lorsqu'elle est en quantité considérable, des flocons abondants se portent vers le fond du vase, où ils forment une masse plus ou moins grande; d'autres sont suspendus, il y a un nuage blanc dans l'urine; eufin il est des cas, mais bien plus rarement que dans la forme chronique, où l'albumine est en telle proportion, qu'on voit les flocons occuper toute la colonne du liquide et se prendre même en une masse solide.

Il ne faut pas faire bouillir trop longtemps l'urine albumineuse, parce qu'il se produirait l'esset qui se produit lorsqu'on y verse un excès d'acide nitrique, c'est-à-dire que l'albumine se crisperait, se racornirait, et le précipité diminuerait beaucoup de volume.

Exploration par l'acide nitrique et la chaleur réunis. On ne doit pas, autant que possible, se contenter d'un seul de ces deux moyens, et surtout de

l'acide nitrique. Il vaut mieux commencer par celui-ci, et soumettre ensuite l'orine à l'action de la chaleur. Nous avons vu que l'acide nitrique précipite dans les urines albumineuses ou non de l'acide urique et de l'urate d'ammoniaque; or si, en pareil cas, il y a de l'albumine, la chaleur dissout les autres substances et la laisse intacte; s'il n'y a pas d'albumine, comme dans certaines maladies (rhumatisme, péritonite, etc.), la chaleur rend à l'urine toute sa transparence.

D'un autre côté, la chaleur précipite certains sels, et surtout les phosphates dans les urines alcalines; or l'acide nitrique empêche ce précipité ou le fait disparaître lorsqu'il est formé.

Exploration de l'urine albumineuse par d'autres réactifs. Les moyens que je viens d'indiquer sont généralement, et avec raison, regardés comme les meilleurs. Cependant quelques autres ont été proposés. Je vais les indiquer sans m'y appesantir.

On a eu recours au sublimé corrosif. Le docteur Bostock s'en est principalement servi, et M. Gregory (1) a fait un grand nombre d'expériences avec ce réactif; mais cette substance a l'inconvénient de troubler toutes les urines. Quant à l'alcool, il coagule le mucus, l'acide urique, les phosphates terreux, aussi bien que l'albumine. Il en est de même du tannin et de l'alun. L'hydrocyanate ferruré de potasse est un réactif très sensible, mais il précipite le mucus comme les précédents. Enfin la créosote, employée par M. Martin-Solon, a l'inconvénient de n'agir que sur une quantité un peu notable d'albumine.

La présence de l'albumine seule ne sussit pas pour caractériser la maladie de Bright, puisqu'on la trouve dans d'autres assections, c'est ce qui a engagé les micrographes et ceux qui ont sait l'analyse des urines dans ces maladies, à rechercher d'autres caractères qui pussent servir au diagnostic. M. le docteur Schlossberger (2) a sait connaître le résultat de ces recherches que je vais exposer en peu de mots:

Les docteurs F. Vogel, Simon, etc., ont vu, à l'aide du microscope, dans l'urine des sujets affectés de maladie de Bright, de petits corps tortueux et filiformes, qu'ils ont regardés comme appartenant en propre à la maladie qui nous occupe. Mais MM. Lehmann et Scherer ont trouvé ces mêmes corpuscules dans d'autres affections des voies urinaires, et tout nous porte à croire avec Henle, qu'ils ne sont autre chose que des exsudations inflammatoires qui ont lieu dans les petits tubes de la substance corticale.

M. Scherer a signalé un autre caractère plus important dans la diminution du résidu solide de l'urine, abstraction faite de l'albumine. Il a, en esset, trouvé que ce résidu est à celui de l'état sain comme 1 est à 2, 3, 4 et même 5.

Suivant M. Renges, c'est principalement sur la quantité de l'urée que porte la diminution. Ainsi, tandis que, dans l'état sain, l'urée forme la moitié du résidu, dans la maladie de Bright, elle n'en forme plus que le ouzième, lorsqu'on a enlevé l'albumine. Malheureusement ce sont là des analyses délicates qui ne sont pas à la portée de tous les praticiens.

Hydropisie. L'anasarque, qui survient ordinairement d'une manière très rapide dans les cas dont il s'agit ici, c'est-à-dire dans la forme aiguë de la maladie

⁽¹⁾ Voy. .Irch. gén. de méd., t. XXX, p. 264 et suiv.

⁽²⁾ OEsterlen's Jahrbücher für pr. Heilkunde, sevrier 1845.

de Bright, a dû nécessairement frapper tous les auteurs, aussi a-t-elle été décrite avec soin. L'infiltration du tissu cellulaire est à la fois bien plus constante et bien plus hâtive que l'épanchement dans le péritoine. Cependant elle peut manquer ellemême dans quelques cas. Suivant M. Gregory, l'hydropisie manquerait chez un peu plus du quart des malades; mais, d'une part, cet auteur a parlé à la fois de la maladie dans sa forme aigué et dans sa forme chronique, et de l'autre il a évidemment, dans quelques cas, rangé dans ses observations des sujets affectés simplement de néphrite aigué ou chronique. L'absence de l'infiltration doit être considérée comme une exception fort rare dans la forme aigué de la maladie de Bright.

C'est par les membres inférieurs que commence ordinairement cette infikration. Cependant on la voit quelquesois commencer par la sace; mais ce serait une erreur de croire qu'il en est sréquemment ainsi; ce dernier début de l'anasarque a srappé quelques observateurs qui l'ont cru plus fréquent qu'il ne l'est en réalité, et c'est ce qui motive cette réslexion.

Que l'œdème commence par les pieds, ou beaucoup plus rarement, comme nous l'avons vu, par la sace, il tend à s'étendre et gagne les membres supérieurs; dans un certain nombre de cas, la sace et le tronc sont envahis, il y a une véritable anasarque, et l'infiltration peut être si considérable, que le tronc et les membres prennent un volume énorme.

On observe aussi, dans un certain nombre de cas, un épanchement dans le péritoine; mais cette ascite n'est ni fréquente ni ordinairement considérable dans la maladie de Bright à l'état aigu. Dans la plupart des observations rapportées par M. Rayer, il est parfaitement constaté que le ventre ne contenait pas de liquide.

Chez quelques sujets l'œdème, après avoir envahi un membre, le quitte pour se porter sur un autre, ou même il passe de l'un à l'autre côté du corps entier. M. Martin-Solon n'a jamais trouvé d'exemple de cette marche de l'œdème, mais les autres observateurs ont vu les choses se passer de cette manière, et dans des cas où le diagnostic n'était pas douteux.

Comme dans tous les cas où l'œdème se produit promptement, la peau est rénitente, elle ne se présente pas avec cet aspect luisant qu'elle a dans l'œdème chronique, les tissus ne se laissent déprimer que sous une assez forte pression, et les traces de cette pression disparaissent promptement. On n'oublie pas sans doute qu'il ne s'agit ici que de la forme aiguë de la maladie de Bright.

A ces symptômes, qui sont les plus importants, il s'en joint d'autres qui servent à caractériser cette forme aiguë. On a noté la perte de l'appétit, parfois du dégoût pour les aliments, et même des nausées. « Le pouls, dit M. Rayer, est toujours plus ou moins fébrile; les premiers jours, il y a ordinairement de la chaleur et de la sécheresse à la peau »

Etat du nang. La plupart des auteurs anglais, et M. Rayer après eux, ont noté l'état couenneux du nang extrait de la veine, et un retrait considérable du caillot. On trouve le nérum moins souvent lactescent que dans la forme chronique; mais ce qu'il y a nurtout d'important à noter, c'est ce qui survient dans cette partie du liquide nanguin au bout de peu de jours de durée de la maladie. La chaleur et l'acide nitrique y sont naître un coagulum moins abondant et moins serme que dans le nérum sain, ce qui n'explique naturellement par le passage, dans les urines.

de l'albumine, cette partie constituante du sérum. Par la même raison, la densité du sérum est diminuée, et ces altérations sont en rapport avec la plus ou moins grande abondance de l'albumine dans l'urine.

C'est par cette diminution de l'albumine du sérum que M. Andral (1) explique la production de l'hydropisie. Le sérum devenant plus suide, s'échappe facilement hors des voies de la circulation, et est exhalé dans le tissu cellulaire et à la surface des membranes séreuses.

M. Christison a rapporté un cas dans lequel, au neuvième jour de la maladie, le sang était chargé d'urée. MM. Rayer et Guibourt ne sont pas arrivés au même résultat dans leurs expériences sur deux cas soumis à leur observation; MM. Becquerel, Lecanu et Quevenne (2) n'ont pas été plus heureux, ce qui porte à croire que M. Christison a expérimenté sur un cas exceptionnel.

Tels sont les symptômes de la maladie de Bright à l'état aigu; on voit qu'ils n'ont pas été étudiés avec toute la rigueur désirable, mais que, tels qu'ils sont, ils suffisent pour motiver la division que j'ai adoptée.

Lorsque la maladie doit se terminer par la guérison, on voit l'urine devenir plus abondante; la quantité rendue est supérieure à celle des boissons. En examinant tous les jours le liquide, on reconnaît que le coagulum qu'y font naître la chaleur et l'acide nitrique devient de moins en moins volumineux. La proportion des sels et de l'urée augmente au contraire. Le mouvement fébrile tombe; l'œdème se dissipe en commençant par les points envahis les derniers; les épanchements séreux, dans les cas peu fréquents où il s'en était formé, ne tardent pas à être résorbés, et les malades entrent en pleine convalescence. C'est surtout dans la maladie de Bright, survenue après la scarlatine, que les choses se passent de cette manière.

Quand la mort doit être la terminaison de la maladie, on voit ordinairement survenir des complications du côté du thorax (pneumonie, pleurésie, péricardite), dont les symptômes viennent se joindre à ceux que j'ai décrits.

Enfin il n'est pas rare de voir la forme chronique succéder à la forme aiguë. On peut croire alors que la maladie tend à la guérison, parce que l'excitation tombe, que les urines deviennent un peu plus abondantes, que les symptômes gastriques diminuent ou disparaissent, que l'hydropisie elle-même se dissipe; mais en examinant les urines, on voit qu'elles restent albumineuses, et au bout d'un temps plus ou moins long, le retour de l'hydropisie annonce la persistance de la maladie, qui continue alors sous forme chronique.

2º Forme chronique. Les détails dans lesquels je suis entré à propos de la forme aigue me dispenseront de longs développements sur la forme chronique, car il ne s'agit entre elles que de différences qui sont constatées par les mêmes procédés.

Début. Il n'y a de remarquable à signaler dans le début que son obscurité, sur laquelle je reviendrai plus loin. L'hydropisie ne survenant souvent qu'à une époque assez avancée, et toute la maladie consistant d'abord dans une simple altération du liquide urinaire, les malades n'ont aucune conscience de leur état, et il faut reconnaître que si, dans ces derniers temps, on a pu observer un bon nombre de cas avant l'apparition de l'œdème, c'est qu'on a examiné indifféremment les

⁽¹⁾ Essai d'hématologie pathologique; Paris, 1811.

⁽²⁾ Becquenel, Sémeiol. des urines, p. 513.

urines de tous les malades d'une ou de plusieurs salles d'hôpital, ce qui a mis sur la voie. Des sujets peuvent avoir des urines albumineuses pendant fort longtemps, sans être obligés d'abandonner leurs occupations. MM. Gregory et Christison en ont cité des exemples frappants.

Symptômes. La douleur ne nous présente rien de nouveau à considérer, si ce n'est qu'elle se montre moins fréquemment que dans la forme aiguë. Le palper, la percussion ne lui donnent jamais une intensité considérable.

M. Rayer a remarqué que, dans une assez grande proportion des cas, le nombre des émissions de l'urine en vingt-quatre heures était plus considérable que dans l'état sain. Ordinairement, toutefois, la sécrétion urinaire a perdu de son abondance, surtout lorsque l'hydropisie s'est déclarée.

Dans cette forme, l'urine est pâle, elle est ordinairement louche et même trouble. Les auteurs ont cité des cas où elle présentait un certain nombre de flocons blanchâtres et ressemblait à du petit-lait. Cependant on la voit aussi conserver sa transparence, et alors elle ne présente autre chose de remarquable que sa décoloration.

L'odeur de l'urine n'a pas ce caractère qui la faisait ressembler à celle du bouillon de bœuf dans la maladie de Bright à forme aiguë; mais elle n'est pas urineuse, elle est simplement fade.

La densité de ce liquide est presque toujours diminuée, et souvent on la voit descendre à 1005 et même 1004. Il y a du reste des variations souvent notables de cette densité d'un jour à l'autre : c'est ainsi que M. Martin-Solon l'a vue da jour au lendemain, et sans cause appréciable, passer de 1007 à 1018.

L'urine est mousseuse, et donne par l'insufflation des bulles larges et persistantes, phénomène qui, dans la plupart des cas, est encore plus marqué que dans la forme aiguë de la maladie.

En traitant le liquide par l'acide nitrique et par la chaleur, on obtient un précipité albumineux qui, dans la majorité des cas, est plus notable que celui que nous avons signalé dans la forme aiguë. Ces deux moyens par excellence doivent être employés de la manière que j'ai longuement indiquée.

Les sels sont presque toujours en très faible proportion dans l'urine. Aussi l'acide oxalique n'y produit-il pas de précipité ou n'en produit-il qu'un très léger, et nous verrons plus loin comment M. Martin-Solon a proposé de tirer parti de œ fait pour suivre la marche décroissante de la maladie.

L'urée se trouve également en moindre quantité dans le liquide urinaire. D'après les recherches de M. Christison, la proportion de ce principe est très variable; cependant, lorsque la maladie est à son summum, et que la quantité de l'albumise dans l'urine est extrêmement considérable, l'urée disparaît presque entièrement de ce liquide.

M. Rayer (1) a constaté que « le défaut de transparence de l'urine tient quelquesois à la présence d'une matière grasse en suspension, qu'on peut enlever à l'aide de l'éther sulfurique, qui rend l'urine transparente. »

Hydropisie. Ce n'est qu'à une époque ordinairement assez éloignée du début de la maladie, que l'infiltration séreuse commence, en sorte que, jusqu'alors, la ma-

⁽¹⁾ Loc. cit., t. II, p. 114.

ladie est bornée aux symptômes siégeant dans les voies urinaires qui viennent d'être décrits. A cette époque, l'ædème se manifeste et se montre d'abord, dans le plus grand nombre des cas, autour des malléoles. Il est marqué principalement le soir, et lorsque les malades se sont tenus longtemps debout. Il gagne ensuite les jambes, et déjà on peut remarquer autour des yeux un peu de bouffissure, notable surtout le matin, au réveil. Enfin l'ædème envahit les cuisses, les membres supérieurs, l'abdomen, la face et le thorax, et parfois cette anasarque devient très considérable.

L'œdème de la maladie de Bright à forme chronique est plus fixe que celui de la forme aiguë, c'est-à-dire qu'il ne disparaît pas plus ou moins complétement d'un point du corps pour se porter à un autre, mais qu'il augmente au contraire dans les endroits envahis les premiers, à mesure qu'il gagne d'autres parties.

L'infiltration ne se forme pas avec la même rapidité que dans la forme aiguë; aussi le plus souvent l'œdème a-t-il les mêmes caractères, ou à peu près, que celui qui résulte d'un obstacle à la circulation dû à une affection chronique. Cependant il diminue moins facilement par le repos; et comme d'un autre côté il est des cas où l'on voit l'anasarque augmenter très rapidement en vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures, il en résulte que, chez quelques sujets, il y a une tension considérable, une rénitence marquée des tissus, dans une plus ou moins grande étendue des parties occupées par l'œdème.

Les épanchements dans les cavités séreuses sont bien moins fréquents et moins considérables que l'infiltration du tissu cellulaire. Dans le péritoine, les plèvres et mème le péricarde, on a pu reconnaître pendant la vie de légères accumulations de liquide, qui ne se montrent en général qu'à une époque avancée de la maladie, et qui ne sont pas comparables à celles qu'on observe dans le cours des maladies organiques du cœur et du foie. Lorsque celles-ci existent en même temps que la maladie de Bright, les épanchements sont souvent très abondants, mais il est évident alors que ce n'est pas à cette dernière affection qu'il faut en rapporter principalement l'existence. Il est inutile de dire quels sont les moyens propres à faire reconnaître ces collections de liquide séreux. J'ai suffisamment insisté sur ce point en parlant de l'hydrothorax, de l'hydropéricarde et de l'ascite.

- On a quelquesois, dit M. Rayer, trouvé après la mort des épanchements plus ou moins considérables dans les ventricules cérébraux et dans le canal rachidien.
- L'analyse chimique a démontré que la sérosité de ces épanchements, indépendamment de l'albumine et des sels qui la composent ordinairement, contenait une certaine quantité d'urée; au moins cela est-il prouvé pour la sérosité des épanchements cérébraux et pour celle qui s'accumule dans la cavité du péritoine. " Je cite ce sait ici, parce qu'il nous explique un phénomène que nous avons signalé dans l'étude de l'urine, c'est la disparition ou du moins la diminution considérable de l'urée. Il est vrai que, comme nous allons le voir, on a trouvé un peu plus souvent de l'urée dans le sang chez les sujets affectés de maladie de Bright à forme chronique que chez ceux qui présentaient cette maladie sous la forme aiguë; mais, d'une part, on est loin d'avoir toujours réussi, et de l'autre, la quantité de l'urée trouvée dans le sang n'est jamais en proportion avec celle qui devrait exister dans l'urine. La facilité avec laquelle cette substance passe dans le tissu cellulaire ou les

retrouver dans le sang.

Le man. par suite de la perte continuelle de l'albumine par les urines, présente des adictionnes vius remarquables encore que dans la maladie de Bright à forme agrit. Le cours de realitéement plus abondant, il est notablement moins dense; il revitu une turnitée moune de son albumine, sait constaté par MM. Bostock, l'arrange. L'export et les manues qui sont venus après eux; la proportion des sels de servers de l'arrange. L'export et les manière tres notable.

e v. 11 l. liver. a sematé univenne du sérum, qui, dans l'état sain, es

The second abumineux par l'acide nitrique, l'albumine,
Amende de microscope le sang provenant d'individus hydropiques,

.... And descent success de néphrite albumineuse chronique, les globules rouge

Mandeut succes nombreux que dans le sang sain, et l'on y remarque en

.... And outpre de globules blancs plus volumineux que les autres.

ne dans la néphrite albumineuse aigué, le sérum du sanç

The many and que dans la néphrite albumineuse aiguë, on peut obtenir au le manueuse d'urée. La proportion est variable et toujours très le manueuse à paraît que la proportion de l'urée dans le sanger le manueuse aux que la quantité d'urée dans l'urine est plus faible et son le manueuse aux que la quantité d'urée dans l'urine est plus faible et son le manueuse auxque la quantité d'urée dans l'urine est plus faible et son le manueuse auxque la quantité d'urée dans l'urine est plus faible et son le manueuse auxque la quantité d'urée dans l'urine est plus faible et son le manueuse auxque la quantité d'urée dans l'urine est plus faible et son le manueuse auxque la quantité d'urée dans l'urine est plus faible et son le manueuse auxque la quantité d'urée dans l'urine est plus faible et son le manueuse auxque la quantité d'urée dans l'urine est plus faible et son le manueuse auxque la quantité d'urée dans l'urine est plus faible et son le manueuse auxque la quantité d'urée dans l'urine est plus faible et son le manueuse auxque la quantité d'urée dans l'urine est plus faible et son le manueuse auxque la quantité d'urée dans l'urine est plus faible et son le manueuse auxque la quantité d'urée dans l'urine est plus faible et son le manueuse auxque la quantité d'urée dans l'urine est plus faible et son le manueuse auxque la quantité d'urée dans l'urine est plus faible et son le manueuse auxque la quantité d'urée dans l'urine est plus faible et son le manueuse auxque la quantité d'urée dans l'urine est plus faible et son le manueuse auxque la quantité d'urée dans l'urine est plus faible et son le manueuse auxque la quantité d'urée dans l'urine est plus faible et son le manueuse auxque la quantité d'urée dans l'urine est plus faible et son le manueuse auxque la quantité d'urée dans l'urine est plus de la proposition de l'urée dans l'urine est plus faible et son le le manueuse auxque la proposition de l'urine est plus de la proposition de l'urine est plus de la proposition de l'urine est plus de la proposition de l'urine est

The second with the fibrine dans le sang, les recherches faites sur comment de la second de la s

And des receives de sang pent aussi dépendre des inflammations secondaises de la poitrine, qui surviennent fréquentement de la maladie.

The second state of the second
Ce sont là les graves motifs qui ont engagé MM. Bostock, Christison, Gregory, Rayer, Martin-Solon, etc., à s'éclairer de toutes les lumières de la chimie et de la physique pour étudier ces phénomènes si intéressants qui se passent dans l'organisme. M. Christison surtout a fourni à la science des documents extrêmement précieux sur ce point de pathologie.

En même temps qu'on observe les symptômes qui viennent d'être décrits, on en trouve, du côté des voies digestives, surtout lorsque la maladie dure depuis assez longtemps, quelques uns qui méritent d'être notés. Les vomissements et le dévoiement sont rares, puisque M. Martin-Solon n'a noté l'un et l'autre de ces symptômes que chez un seul des sujets qu'il a observés. MM. Gregory, Christison, Rayer et Becquerel en ont constaté plus fréquemment l'existence. Toujours est-il que les romissements, en particulier, se montrent moins souvent encore que dans la maladie de Bright à l'état aigu. Les recherches de M. Becquerel nous apprennent que dans quelques cas l'existence de certaines complications, et surtout de complications d'où résultent des lésions organiques de l'intestin, expliquent l'apparition et la persistance de la diarrhée; que dans d'autres, on peut attribuer ce symptôme à l'abus des purgatifs, ce qui néanmoins me paraît loin d'être démontré; mais que, dans un assez bon nombre, on ne trouve pas une semblable explication, et que le dévoiement, alors même qu'il est continu, ne peut être rapporté qu'à la maladie de Bright elle-même.

Il résulte également, des observations de ce dernier auteur, que les altérations de l'appétit et l'augmentation de la soif ne peuvent guère être rapportées qu'à des complications, dans les cas où la maladie suit une marche chronique. Disons, au reste, que l'état des fonctions digestives demande à être étudié avec plus de soin qu'il ne l'a été, et qu'on ne doit pas oublier, en faisant des recherches sur ce point, de tenir compte de l'état aigu ou chronique du mal.

Dans cette forme chronique, on n'observe pas de mouvement fébrile, à moins qu'il ne survienne une complication; cependant on a vu quelquesois le pouls s'ac-célérer vers la fin de la maladie, mais sans qu'il y eût de chaleur à la peau ni les autres symptômes de la sièvre. Ordinairement le pouls a sa fréquence normale, quelquesois il est au-dessous du type naturel. Un fait noté par M. Martin-Solon, et qui était remarquable dans un des cas qu'il a rapportés, c'est la dureté des pulsations, sans que pour cela leur fréquence sût augmentée. Il a attribué ce phénomène à une espèce de pléthore séreuse, et l'on sait que M. Beau, dans d'autres maladies où la sérosité du sang est dans une proportion insolite, a constaté ce même sait.

Il est bien remarquable qu'à une époque où les recherches sur les bruits anormaux des artères se poursuivent avec tant d'activité, on n'ait pas cherché à constater leur existence dans la maladie dont il s'agit ici, et dans laquelle, ainsi que nous l'avous vu, le sang est devenu plus séreux. C'est une lacune qu'il faut signaler.

M. Rayer a encore noté la diminution ou la cessation presque complète de la transpiration cutanée et une dyspnée habituelle dont on trouve plusieurs causes en étudiant attentivement l'état des organes. Ce sont les épanchements séreux, l'œdème du poumon, le développement d'une bronchite, ou l'existence concomitante d'une maladie organique du cœur.

Du côté du système nerveux, les symptômes sont ordinairement nuls; il est rare d'en observer d'intenses. Un peu de céphalalgie et de somnoleuce vers les

Actulus se la maladie, veta es prusipant M. Christica a observé le com

M. Lamicoura : Employed to the second symptome de la malmin nu B. v. ii ... i ... i ... i ... i ... cité des cas où ce symptôme how minite Ent I to a me Education in general de thérapeutique ? Act have the series of the ser a a sant de cette affection. Continues of the second The many some with the second some some second some second ==: --- E ---- F--- mp conins affirmatif que M. Ladiez. Ilinia I did. di ing. T. TE. THE MAIN. on cas dans lequel ?

r. ... aigue, peut être - ---- Emple die deuxième, troi---- : :-- tant que les altérations de ्या aient subir des e die tun : est là une espèce

. :- :- inch :- portante à étuthe presque tentine on a est presque --- nemes ignore it kur état de maladie, ou. = > r regardent pas course suffisant pour firm Tojes un-- Principal de l'urine pour reconnaine les à liérations de l'urine. · Landres. e premier indice L'armant, et plusieurs même There is your stat que lorsque cette infiltration a déjà fait

ne ne die sereux, per merca un mine de u mente de l'es mêmes accidents se re-in al le des guérisens n ant e ni les simplomes sont ordinairement le simplômes du côté des sous is "it to Linne l'idropisies, ou du moins existe-ы м ли чил чил чил чил qu'apparentes; car, pour water of the second second plus loin un

e es annues el ceur mois. Celle de la forme

chronique aurait pour limites, suivant le même auteur, deux mois et demi et cinq ans; mais M. Becquerel n'a pas recherché séparément la durée dans les cas simples et dans les cas compliqués; or on comprend tout d'abord qu'il est impossible d'admettre sans un point de doute cette durée de deux mois et demi; car s'il y a eu complication de tubercules ou de maladie du cœur, il faudrait d'abord démontrer que ce n'est pas à ces dernières maladies qu'on doit attribuer la mort. Et d'ailleurs la durée de la maladie, dans les cas de guérison, ne devrait-elle pas être distinguée de celle qu'on observe dans les cas de mort? M. Rayer se contente de dire que la durée de la néphrite albumineuse chronique peut varier de plusieurs mois à plusieurs années. N'oublions pas enfin que pour bien établir la durée d'une maladie, il faut pouvoir fixer le début d'une manière précise, ce qu'il est très souvent impossible de faire dans la maladie de Bright à forme chronique.

La terminaison de la forme aiguë est ordinairement heureuse: « Les malades qui succombent dans ce cas ne sont emportés, dit M. Martin-Solon, que par une maladie étrangère. » M. Rayer s'exprime ainsi à ce sujet: « Dans un certain nombre de cas, la néphrite albumineuse aiguë, et l'hydropisie générale qui en est un des principaux phénomènes, se terminent par la mort. Le plus ordinairement cette terminaison fatale est annoncée par le développement rapide de symptômes cérébraux, ou par une dyspnée symptomatique d'une pleurésie, d'une pleuro-pneumonie suraiguë ou d'une péricardite. » Il résulte de cette proposition, que les complications jouent un très grand rôle dans la terminaison funeste; mais on ne sait s'il faut les regarder, avec M. Martin-Solon, comme la causé unique de cette terminaison, car les symptômes cérébraux pourraient bien appartenir à une maladie de Bright simple. Parfois l'état aigu est suivi de l'état chronique, mais les faits de ce genre sont rares. M. Rayer n'en cite qu'un exemple (obs. xv11), du moins si l'on n'a égard qu'à la maladie de Bright sans complication. Nous avons déjà vu ce qui se passe en pareil cas.

La terminaison n'est pas toujours fatale dans la forme chronique, mais les cas de guérison sont bien rares. Dans les observations de néphrite albumineuse chronique non compliquée, rapportées par M. Rayer, on ne trouve que trois guérisons sur huit cas; or les cas de ce genre sont de beaucoup les plus favorables, et si l'on examine les autres, on voit que la mort y est presque constante.

Il est arrivé maintes fois qu'après avoir observé une guérison complète, l'altération de l'urine et l'hydropisie ayant disparu, on a vu se reproduire la maladie avec une intensité nouvelle; ce sont là de véritables récidives. Les sujets atteints une fois de cette affection, à moins que ce ne soit après la scarlatine, paraissent prédisposés à la contracter encore: aussi les voit-on retomber, pour me servir d'une expression usitée, dès qu'ils se soumettent de nouveau à l'action des causes qui ont déterminé la première atteinte de leur mal.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ont été étudiées avec un soin tout particulier, et c'est d'après elles que les auteurs ont établi leurs diverses formes ou degrés de la maladie. M. Bright a parsaitement décrit les lésions caractéristiques de l'affection parvenue à une époque assez avancée; mais, ainsi que l'a sait remarquer M. Rayer, il n'a pas connu les deux premiers degrés de l'affection. C'est ce dernier auteur

qui est le plus complet. Je ne saurais donc mieux saire que de donner ici sa description, en la faisant précéder d'une courte analyse de celle des autres auteurs; et comme j'avais déjà exposé de cette manière les détails anatomiques dans le travail que j'ai eu occasion de citer plusieurs sois (1), il me sussira de reproduire ici le passage où se trouvent ces détails.

- « Les auteurs ont beaucoup varié dans leurs divisions des diverses sormes de cette maladie. Le docteur Bright (2) la divise en trois formes.
- » Dans la première, le rein perd sa sermeté, prend à l'extérieur une couleur jaunâtre qui pénètre avec une légère teinte grise dans la substance corticale. La substance tubuleuse a une couleur plus vive qu'à l'état normal; le volume du rein n'a point changé, et l'on n'y découvre aucun dépôt morbide.
- » Dans la deuxième forme admise par M. Bright, la substance corticale est transformée en un tissu granulé, et il paraît s'être formé dans les intestins un dépôt abondant d'une substance blanche opaque; le rein a augmenté de volume. les granulations sont rendues plus apparentes par la macération.
- » Ensin, dans la troisième forme, le rein est tout à sait rude et raboteux au toucher; on voit souvent s'y dessiner de nombreuses élévations jaunes, rouges, pourpres, et n'excédant guère la grosseur d'une petite tête d'épingle. La sorme du rein a souvent de la tendance à devenir lobulée; cet organe est dur au toucher, il a une consistance demi-cartilagineuse; les tubuli sont tirés vers la surface du rein. Bref, toutes les parties de l'organe semblent avoir subi une transformation, et le dépôt interstitiel paraît moins abondant que dans la dernière variété.
 - » Le docteur Christison n'admet que trois degrés dans l'affection.
- » Le premier, ou degré commençant, est caractérisé, dit cet auteur, par les mêmes caractères anatomiques que ceux du degré qui va suivre, mais moins profonds. On y trouve particulièrement le dépôt dans la substance corticale d'une matière jaune grisâtre, obscurément granuleuse, avec ou peut-être sans un certain degré de congestion sanguine.
- » Le degré moyen est caractérisé par la déposition d'une matière granuleuse et semblable à du fromage. Ce caractère anatomique, le seul important et bien établi de l'altération morbide, paraît d'abord être exclusivement borné à la substance corticale du rein; il y a toutesois, dit M. Christison, des exceptions, mais elles sont en petit nombre.
- » Enfin, dans le troisième degré, ou degré avancé, le dépôt morbide envahit graduellement la portion tubuleuse des reins.
- » On voit donc que, pour M. Christison, il n'y a qu'un seul et même caractère pour tous les degrés de la maladic; la plus ou moins grande profondeur de l'altération fait toute la différence.
- » M. Martin-Solon a admis cinq degrés ou variétés; mais ces dissérents degrés ne sont autre chose que les diverses sormes admises par M. Rayer, dont deux soulement, la quatrième et la cinquième, sont réunies; nous allons immédiatement donner la division présentée par ce dernier auteur.
- " M. Rayer distingue d'abord la néphrite albumineuse en aiguë et en chronique: deux formes principales qui correspondent plus particulièrement, ainsi que nous
 - (1) Arch. gén. de médecine, 3° série, 1842, l. XV, p. 69, 299.
 - (2) Cases and observations, etc.

l'avons dit, à certaines lésions qui vont être indiquées; puis il donne la description suivante:

- *Première forme. Le volume des reins est augmenté, leur consistance est assez ferme, sans dureté; leur surface, d'un rouge morbide, paraît piquetée d'un grand nombre de petits points rouges plus foncés que la teinte habituelle de ces organes; la substance corticale est gonflée, et présente un grand nombre de petits points rouges semblables à ceux qu'on observe extérieurement, et qui correspondent la plupart aux glandules de Malpighi fortement injectées de sang; la substance tubuleuse est comprimée par la substance corticale; elle est d'un rouge plus mat, et les stries sont moins apparentes que dans l'état sain. La membrane muqueuse des calices et des bassinets est injectée, et offre des arborisations vascubires.
- Deuxième forme. Gonflement et poids des reins augmentés, consistance un peu moins serme, lobules souvent plus prononcés qu'à l'état normal. Mais ce qui caractérise spécialement cette sorme, c'est un mélange d'anémie et d'hypérémie sort remarquable, un aspect marbré de la surface des reins produit par des taches rouges disséminées sur un sond d'un blanc jaunâtre. La surface corticale est gonsée; sa couleur pâle jaunâtre, tachetée de rouge, se détache sortement de la substance tubuleuse, dont la teinte est d'un rouge brun assez vis.
- » Ces deux formes appartiennent plus particulièrement à la néphrite albumineuse aiguë.
- "Troisième forme. Volume et poids des reins ut suprà; taches rouges et marbrées disparues. La substance corticale, à la surface des reins et à la coupe, offre une teinte pâle assez uniforme, d'un blanc rosé, légèrement jaunâtre, ou bien une teinte plus pâle encore, et analogue à celle de la chair d'anguille. Sur quelques points, on remarque des vaisseaux injectés de sang, plus rarement de petites taches ardoisées ou brunes, des granulations blanches ou des dépressions. Souvent endurcissement rouge des mamelons, et léger épaississement de la muqueuse des bassinets et des calices.
- Quatrième forme. C'est celle qui avait commencé à frapper les auteurs avant les recherches de M. Rayer; c'est d'après elle aussi qu'on a donné à l'affection le nom de maladie granuleuse des reins. Ici encore le volume et le poids des organes affectés sont augmentés; la surface externe du rein, ordinairement d'un jaune pâle, est parsemée de petits taches d'un blanc laiteux, légèrement jaunâtre, en général plus nombreuses et plus apparentes aux extrémités des reins, et voilées par une lame extrêmement mince, à travers laquelle elles apparaissent comme sous un vernis. Surface des reins parfaitement lisse; granulations dans la substance corticale, qui est gonflée et s'étend entre les cônes; ces petits points, d'un blanc laiteux, se prolongent sous forme de linéaments irréguliers, et comme floconneux, qui semblent se continuer avec les stries divergentes de cônes tubuleux.
- Cinquième forme. Reins toujours plus volumineux et plus pesants. Il semble qu'un grand nombre de petits grains de semoule sont déposés au-dessous de leur membrane celluleuse propre. C'est cette forme que M. Martin-Solon a réunie à la précèdente pour n'en faire qu'une seule.
- » Sixième forme. Reins quelquesois plus volumineux et souvent plus petits que dans l'état sain ; durs et présentant des inégalités à leur surface, qui offre peu

qui est le plus complet. Je ne saurais donc mieux faire que de donner ici sa description, en la faisant précéder d'une courte analyse de celle des autres auteurs; et comme j'avais déjà exposé de cette manière les détails anatomiques dans le travail que j'ai eu occasion de citer plusieurs fois (1), il me suffira de reproduire ici le passage où se trouvent ces détails.

- « Les auteurs ont beaucoup varié dans leurs divisions des diverses sormes de cette maladie. Le docteur Bright (2) la divise en trois formes.
- » Dans la première, le rein perd sa fermeté, prend à l'extérieur une couleur jaunâtre qui pénètre avec une légère teinte grise dans la substance corticale. La substance tubuleuse a une couleur plus vive qu'à l'état normal; le volume du rein u'a point changé, et l'on n'y découvre aucun dépôt morbide.
- » Dans la deuxième forme admise par M. Bright, la substance corticale est transformée en un tissu granulé, et il paraît s'être formé dans les intestins un dépôt abondant d'une substance blanche opaque; le rein a augmenté de volume, les granulations sont rendues plus apparentes par la macération.
- » Ensin, dans la troisième forme, le rein est tout à sait rude et raboteux au toucher; on voit souvent s'y dessiner de nombreuses élévations jaunes, rouges, pourpres, et n'excédant guère la grosseur d'une petite tête d'épingle. La forme du rein a souvent de la tendance à devenir lobulée; cet organe est dur au toucher, il a une consistance demi-cartilagineuse; les tubuli sont tirés vers la surface du rein. Bref, toutes les parties de l'organe semblent avoir subi une transformation, et le dépôt interstitiel paraît moins abondant que dans la dernière variété.
 - » Le docteur Christison n'admet que trois degrés dans l'affection.
- » Le premier, ou degré commençant, est caractérisé, dit cet auteur, par les mêmes caractères anatomiques que ceux du degré qui va suivre, mais moins profonds. On y trouve particulièrement le dépôt dans la substance corticale d'une matière jaune grisâtre, obscurément granuleuse, avec ou peut-être sans un certain degré de congestion sanguine.
- Le degré moyen est caractérisé par la déposition d'une matière granuleuse et semblable à du fromage. Ce caractère anatomique, le seul important et bien établi de l'altération morbide, paraît d'abord être exclusivement borné à la substance corticale du rein; il y a toutesois, dit M. Christison, des exceptions, mais elles sont en petit nombre.
- » Ensin, dans le troisième degré, ou degré avancé, le dépôt morbide envahit graduellement la portion tubuleuse des reins.
- » On voit donc que, pour M. Christison, il n'y a qu'un seul et même caractire pour tous les degrés de la maladie; la plus ou moins grande profondeur de l'altiration fait toute la différence.
- » M. Martin-Solon a admis cinq degrés ou variétés; mais ces dissérents degrés ne sont autre chose que les diverses sormes admises par M. Rayer, dont deux seulement, la quatrième et la cinquième, sont réunies; nous allons immédiatement donner la division présentée par ce dernier auteur.
- " M. Rayer distingue d'abord la néphrite albumineuse en aiguë et en chronique: deux formes principales qui correspondent plus particulièrement, ainsi que nous
 - (1) Arch. gén. de médecine, 3° série, 1842, f. XV, p. 59, 209.
 - (2) Cases and observations, etc.

l'avons dit, à certaines lésions qui vont être indiquées; puis il donne la description suivante:

- *Première forme. Le volume des reins est augmenté, leur consistance est assez serme, sans dureté; leur sursace, d'un rouge morbide, paraît piquetée d'un grand nombre de petits points rouges plus soncés que la teinte habituelle de ces organes; la substance corticale est gonssée, et présente un grand nombre de petits points rouges semblables à ceux qu'on observe extérieurement, et qui correspondent la plupart aux glandules de Malpighi sortement injectées de sang; la substance tubuleuse est comprimée par la substance corticale; elle est d'un rouge plus mat, et les stries sont moins apparentes que dans l'état sain. La membrane muqueuse des calices et des bassinets est injectée, et offre des arborisations vasculaires.
- Deuxième forme. Gonflement et poids des reins augmentés, consistance un peu moins ferme, lobules souvent plus prononcés qu'à l'état normal. Mais ce qui caractérise spécialement cette forme, c'est un mélange d'anémie et d'hypérémie fort remarquable, un aspect marbré de la surface des reins produit par des taches rouges disséminées sur un fond d'un blanc jaunâtre. La surface corticale est gonflée; sa couleur pâle jaunâtre, tachetée de rouge, se détache fortement de la substance tubuleuse, dont la teinte est d'un rouge brun assez vif.
- » Ces deux formes appartiennent plus particulièrement à la néphrite albumineuse aiguë.
- » Troisième forme. Volume et poids des reins ut suprà; taches rouges et marbrées disparues. La substance corticale, à la surface des reins et à la coupe, oftre une teinte pâle assez uniforme, d'un blanc rosé, légèrement jaunâtre, ou bien une teinte plus pâle encore, et analogue à celle de la chair d'anguille. Sur quelques points, on remarque des vaisseaux injectès de sang, plus rarement de petites taches ardoisées ou brunes, des granulations blanches ou des dépressions. Souvent endurcissement rouge des mamelons, et léger épaississement de la muqueuse des bassinets et des calices.
- Quatrième forme. C'est celle qui avait commencé à frapper les auteurs avant les recherches de M. Rayer; c'est d'après elle aussi qu'on a donné à l'affection le nom de maladie granuleuse des reins. Ici encore le volume et le poids des organes affectés sont augmentés; la surface externe du rein, ordinairement d'un jaune pâle, est parsemée de petits taches d'un blanc laiteux, légèrement jaunâtre, en général plus nombreuses et plus apparentes aux extrémités des reins, et voilées par une lame extrêmement mince, à travers laquelle elles apparaissent comme sous un vernis. Surface des reins parfaitement lisse; granulations dans la substance corticale, qui est gonflée et s'étend entre les cônes; ces petits points, d'un blanc laiteux, se prolongent sous forme de linéaments irréguliers, et comme floconneux, qui semblent se continuer avec les stries divergentes de cônes tubuleux.
- · Cinquième forme. Reins toujours plus volumineux et plus pesants. Il semble qu'un grand nombre de petits grains de semoule sont déposés au-dessous de leur membrane celluleuse propre. C'est cette forme que M. Martin-Solon a réunie à la précédente pour n'en saire qu'une seule.
- » Sixième forme. Reins quelquesois plus volumineux et souvent plus petits que dans l'état sain; durs et présentant des inégalités à leur surface, qui offre peu

qui est le plus complet. Je ne saurais donc mieux faire que de donner ici sa description, en la faisant précéder d'une courte analyse de celle des autres auteurs; et comme j'avais déjà exposé de cette manière les détails anatomiques dans le travail que j'ai eu occasion de citer plusieurs fois (1), il me suffira de reproduire ici k passage où se trouvent ces détails.

- « Les auteurs ont beaucoup varié dans leurs divisions des diverses sormes de cette maladie. Le docteur Bright (2) la divise en trois formes.
- » Dans la première, le rein perd sa fermeté, prend à l'extérieur une couleur jaunâtre qui pénètre avec une légère teinte grise dans la substance corticale. La substance tubuleuse a une couleur plus vive qu'à l'état normal; le volume du rein n'a point changé, et l'on n'y découvre aucun dépût morbide.
- » Dans la deuxième forme admise par M. Bright, la substance corticale est transformée en un tissu granulé, et il paraît s'être formé dans les intestins un dépôt abondant d'une substance blanche opaque; le rein a augmenté de volume. les granulations sont rendues plus apparentes par la macération.
- » Ensin, dans la troisième forme, le rein est tout à fait rude et raboteux au toucher; on voit souvent s'y dessiner de nombreuses élévations jaunes, rouges, pourpres, et n'excédant guère la grosseur d'une petite tête d'épingle. La sorme de rein a souvent de la tendance à devenir lobulée; cet organe est dur au toucher, il a une consistance demi-cartilagineuse; les tubuli sont tirés vers la surface de rein. Bref, toutes les parties de l'organe semblent avoir subi une transformation, et le dépôt interstitiel paraît moins abondant que dans la dernière variété.
 - » Le docteur Christison n'admet que trois degrés dans l'affection.
- » Le premier, ou degré commençant, est caractérisé, dit cet auteur, par les mêmes caractères anatomiques que ceux du degré qui va suivre, mais moins profonds. On y trouve particulièrement le dépôt dans la substance corticale d'une matière jaune grisâtre, obscurément granuleuse, avec ou peut-être sans un certain degré de congestion sanguine.
- » Le degré moyen est caractérisé par la déposition d'une matière granuleux et semblable à du fromage. Ce caractère anatomique, le seul important et bien établi de l'altération morbide, paraît d'abord être exclusivement borné à la substance corticale du rein; il y a toutesois, dit M. Christison, des exceptions, mas elles sont en petit nombre.
- » Enfin, dans le troisième degré, ou degré avancé, le dépôt morbide envalue graduellement la portion tubuleuse des reins.
- on voit donc que, pour M. Christison, il n'y a qu'un seul et même caractère pour tous les degrés de la maladic; la plus ou moins grande profondeur de l'altération fait toute la différence.
- » M. Martin-Solon a admis cinq degrés ou variétés; mais ces dissérents degrés ne sont autre chose que les diverses sormes admises par M. Rayer, dont deux seu lement, la quatrième et la cinquième, sont réunies; nous allons immédiatement donner la division présentée par ce dernier auteur.
- " M. Rayer distingue d'abord la néphrite albumineuse en aiguë et en chronique: deux formes principales qui correspondent plus particulièrement, ainsi que nous
 - (1) Arch. gen. de médecine, 3° série, 1842, t. XV, p. 59, 299.
 - (2) Cases and observations, etc.

l'avons dit, à certaines lésions qui vont être indiquées; puis il donne la description suivante:

- » Première forme. Le volume des reins est augmenté, leur consistance est assez serme, sans dureté; leur sursace, d'un rouge morbide, paraît piquetée d'un grand nombre de petits points rouges plus soncés que la teinte habituelle de ces organes; la substance corticale est gonssée, et présente un grand nombre de petits points rouges semblables à ceux qu'on observe extérieurement, et qui correspondent la plupart aux glandules de Malpighi sortement injectées de sang; la substance tubuleuse est comprimée par la substance corticale; elle est d'un rouge plus mat, et les stries sont moins apparentes que dans l'état sain. La membrane muqueuse des calices et des bassinets est injectée, et offre des arborisations vascubires.
- Deuxième forme. Gonflement et poids des reins augmentés, consistance un peu moins serme, lobules souvent plus prononcés qu'à l'état normal. Mais ce qui caractérise spécialement cette forme, c'est un mélange d'anémie et d'hypérémie sort remarquable, un aspect marbré de la surface des reins produit par des taches rouges disséminées sur un sond d'un blanc jaunâtre. La surface corticale est gonsée; sa couleur pâle jaunâtre, tachetée de rouge, se détache sortement de la substance tubuleuse, dont la teinte est d'un rouge brun assez vis.
- » Ces deux formes appartiennent plus particulièrement à la néphrite albumineuse aiguë.
- "Troisième forme. Volume et poids des reins ut suprà; taches rouges et marbrées disparues. La substance corticale, à la surface des reins et à la coupe, offre une teinte pâle assez uniforme, d'un blanc rosé, légèrement jaunâtre, ou bien une teinte plus pâle encore, et analogue à celle de la chair d'anguille. Sur quelques points, on remarque des vaisseaux injectés de sang, plus rarement de petites taches ardoisées ou brunes, des granulations blanches ou des dépressions. Souvent endurcissement rouge des mamelons, et léger épaississement de la muqueuse des bassinets et des calices.
- Quatrième forme. C'est celle qui avait commencé à frapper les auteurs avant les recherches de M. Rayer; c'est d'après elle aussi qu'on a donné à l'affection le nom de maladie granuleuse des reins. Ici encore le volume et le poids des organes affectés sont augmentés; la surface externe du rein, ordinairement d'un jaune pâle, est parsemée de petits taches d'un blanc laiteux, légèrement jaunâtre, en général plus nombreuses et plus apparentes aux extrémités des reins, et voilées par une lame extrêmement mince, à travers laquelle elles apparaissent comme sous un vernis. Surface des reins parfaitement lisse; granulations dans la substance corticale, qui est gonflée et s'étend entre les cônes; ces petits points, d'un blanc laiteux, se prolongent sous forme de linéaments irréguliers, et comme floconneux, qui semblent se continuer avec les stries divergentes de cônes tubuleux.
- Cinquième forme. Reins toujours plus volumineux et plus pesants. Il semble qu'un grand nombre de petits grains de semoule sont déposés au-dessous de leur membrane celluleuse propre. C'est cette forme que M. Martin-Solon a réunie à la précédente pour n'en faire qu'une seule.
- » Sixième forme. Reins quelquesois plus volumineux et souvent plus petits que dans l'état sain; durs et présentant des inégalités à leur surface, qui offre peu

ou point de taches laiteuses; mais, à la coupe, on en découvre presque toujours un certain nombre dans la substance corticale. Quelquesois néanmoins ces granulations ne peuvent se rencoutrer au milieu des reins indurés, rugueux et mamelonnés.

- "De ces quatre dernières formes, la néphrite albumineuse aigué n'affecte guère que les deux premières, et encore dans des cas rares; elles appartiennent, au contraire, toutes les quatre à l'état chronique; mais ce sont les deux dernières qu'elle affecte exclusivement.
- » Quelle est de ces divisions que nous venons d'indiquer celle qu'il faut admettre? Évidemment celle de M. Rayer est la plus complète; elle montre davantage toutes les altérations par lesquelles passent les reins pour arriver à cette déformation qu'il a décrite sous le titre de sixième forme, et qui est quelquesois portée à un degré extrême. Aussi est-ce celle qui nous paraît devoir être adoptée, en ayant toutesois bien soin de remarquer, ainsi que l'a fait l'auteur lui-même, qu'elle se s'applique d'une manière bien précise qu'à l'anatomie pathologique. Il ne faudrait pas, en esset, chercher pendant la vie à diagnostiquer positivement l'existence de telle ou telle sorme à l'exclusion de toutes les autres; on pourrait souvent tomber dans une erreur complète. Ce qu'il y a de plus positif, c'est, ainsi qu'on le verra plus loin, et ainsi que nous l'avons déjà dit, la relation des deux premières sormes avec les symptômes de l'état aigu, et celle des deux dernières avec les signes de l'état chronique. »

Il est, en outre, quelques autres détails qu'on trouve dans divers auteurs, et qui l'importe de signaler ici. C'est ainsi que MM. Bright et Gregory nous ont appris que les injections ont de la difficulté à pénétrer dans la substance corticale du rein, et que MM. Christison et Becquerel ont rapproché la lésion qui caractérise cette affection d'autres lésions connues. Le premier a cru voir dans la matière des granulations une véritable matière tuberculeuse, et le second rapproche ces mêmes granulations de celles de la cirrhose du foie. Mais rien ne prouve que ces rapprochements soient exacts, et, à ce sujet, je dois indiquer une lacune déjà signalée par M. Christison, c'est que l'analyse du dépôt morbide de la maladie de Bright n'a pas encore été faite.

Ce dernier auteur est un de ceux qui ont signalé avec le plus de soin les lésions qu'on observe dans les utres organes. Ce sont d'abord les suffusions séreuses dans le tissu cellulaire sous-cutané, dans les poumons, et même dans le cerveau, les épanchements dans les cavités séreuses, l'état presque exsangue de tout le corps, qui se remarque surtout dans les centres nerveux, et à l'aide duquel M. Christison explique à la fois la faiblesse des sujets et les symptômes cérébraux observés principalement à la fin de la maladie. Cet auteur a vu fréquemment les vaisseaux sanguius presque entièrement vides. Quant à l'état du sang, j'en ai suffisamment parlé dans la description des symptômes.

Les autres lésions n'appartiennent pas à la maladie qui nous occupe, quoiqu'elles aient pu hâter la mort : ce sont des bronchites, des pleurésies, des tubercules, des lésions propres aux maladies du cœur, des altérations chroniques du foie. De ces rs, les unes (affections chroniques) ont presque toujours précédé la maladie ins; les autres (bronchite, pleurésie, péricardite) sont survenues ordinaire-lans les derniers temps de la maladie.

§ VI. - Diagnostie; propostie.

Lorsque l'affection présente tous ses caractères d'une manière tranchée, le diagnostic n'est évidemment pas difficile. Rappelons-nous, en effet, qu'il s'agit d'une affection dans laquelle il y a à la fois altération des caractères chimiques et physiques de l'urine, infiltration du tissu cellulaire, et ordinairement état particulier du sang, et nous verrons que, lorsqu'elle se présente avec cet appareil de symptômes, il est à peine quelques cas où l'en puisse la méconnaître ou la confondre avec une autre. Mais, d'une part, ainsi que nous l'avons vu, l'infiltration peut tarder à se montrer, elle peut disparaître, et, de l'autre, l'état du sang est difficile à constater; le plus souvent on n'a ni le temps ni les moyens nécessaires pour y parvenir; il est donc des cas où des difficultés assez grandes se font sentir, et exigent un examen attentif. Pour présenter ce diagnostic d'une manière méthodique, il faut se rappeler la division en forme aigué et forme chronique que nous avons suivie plus haut.

Forme aigué. On a cité quelques cas d'anasarque développée rapidement et avec des symptômes d'excitation (anasarque active) dans lesquels l'urine contenait une certaine quantité d'albumine. Les cas de ce genre sont rares; lorsqu'ils se présentent, ils peuvent très facilement donner lieu à une erreur de diagnostic. M. Becquerel en a vu des exemples chez des enfants, à la suite de la scarlatine, et la mort des sujets a permis de constater que les reins étaient seulement œdémateux. Voici, en pareil cas, sur quelles données on peut établir le diagnostic. Il résulte de quelques observations que, lorsque les reins ne présentent pas les lésions caractéristiques de la maladie de Bright, l'albumine ne se montre dans les urines qu'à la suite de l'hydropisie; or il est parfaitement constaté que, dans la maladie de Bright, on trouve ordinairement l'albumine dans le liquide urinaire, un certain temps avant l'apparition de l'anasarque.

Il serait à désirer que ce point de diagnostic fût étudié avec plus de rigueur, car la confirmation du fait que je viens de signaler serait de la plus haute importance. Il est permis de croire qu'il en sera ainsi, car, d'après ce que nous connaissons maintenant de la maladie, l'explication de cette différence est extrêmement facile et satisfaisante à la fois. Lorsque la maladie des reins existe, elle suffit pour produire l'expulsion d'une quantité notable d'albumine par les urines; le sang se trouve alors dans les conditions où les hydropisies se produisent le plus facilement (1), et l'anasque a lieu. Lorsque, au contraire, celle-ci est produite par d'autres causes qui souvent échappent à notre investigation, la partie liquide du sérum est exhalée dans le tissu cellulaire, l'albumine reste en plus grande abondance dans le sang et finit par être excrétée avec l'urine par le rein, cet émonctoire si puissant. Si donc il ne fallait qu'une explication, la voilà toute trouvée; mais rien ne peut suppléer à l'observation, et, je le répète, l'observation n'a pas encore prononcé d'une manière assez explicite pour qu'on puisse faire de cette apparition hâtive ou tardive de l'albumine dans le liquide urinaire, la base d'un diagnostic rigoureux.

Il saut en outre tenir compte, dans l'examen de l'urine, de la quantité plus ou moins grande de cette substance. Tous les auteurs reconnaissent qu'elle est en

ll; Andral., Essai d'hématologie pathologique.

quantité plus considérable et qu'elle se montre d'une manière plus continue dans la maladie de Bright que dans les autres affections qui peuvent lui ressembler. Dans la forme aiguë que nous étudions ici, les urines contiennent le plus souvent des globules sanguins, ce qu'on n'observe pas dans l'anasarque active ayant une autre cause. Enfin nous avons signalé la douleur rénale et les émissions fréquentes d'une urine peu abondante, phénomènes qui paraissent appartenir plus particulièrement à la maladie de Bright, mais auxquels il ne faut pas accorder trop d'importance, car ils ne sont pas assez constants et peuvent se présenter à un certain degré dans toutes les affections où il existe un peu de fièvre ou d'excitation générale.

Il est un grand nombre de maladies aiguës dont certains cas présentent une quantité assez abondante d'albumine dans les urines. Désir, dans son intéressant travail (1), les a étudiées avec soin, et M. Martin-Solon leur a consacré un chapitre de son ouvrage. Les affections dans lesquelles il a trouvé le précipité albumineux sont les suivantes: fièvres intermittentes, urticaire intermittente, exunthèmes fébriles, fièvre typhoide, bronchite, pleuro-pneumonie, maladies aiguit diverses.

Un premier fait à signaler, c'est que ces affections ne donnent pas lieu à l'hydropisie. Mais nous avons vu dans la description des symptômes que, pendant me certain temps, l'hydropisie n'existe pas dans la maladie de Bright, alors que l'albemine est chaque jour constatée dans le liquide urinaire. Comment alors établir le diagnostic? Il faut encore étudier attentivement la continuité et l'abondance de l'excrétion de l'albumine, qui sont bien plus notables dans la maladie de Bright, et en second lieu on a, pour confirmer le diagnostic, d'un côté les symptômes le caux de cette maladie, et de l'autre les symptômes si caractéristiques des autres affections, symptômes qu'il serait inutile d'indiquer ici.

Forme chronique. C'est principalement aux hydropisies développées dans le cours des maladies chroniques, et dans lesquelles l'urine peut être albumineuse, que se rapportent les considérations présentées par M. Martin-Solon sur ce point du diagnostic différentiel. Cet auteur, après avoir cité des faits de ce genre qu'il a recueillis, et en avoir mentionné d'autres publiés par M. Forget, s'exprime ainsi: « Les cas rares dont nous venons de parler peuvent se distinguer de ceux de la maladie de Bright par les symptômes suivants: l'urine est habituellement de con-leur normale; elle a conservé en partie son odeur, n'a perdu que peu ou point de ses principes constituants. La quantité d'albumine qu'elle contient est peu considérable; il existe une cause (une maladie du cœur ou du foie, par exemple) qui rend raison de l'hydropisie. Enfin l'œdème n'a pas toujours commencé par les jambes, et l'ascite, s'il en existe une, a précédé l'anasarque. Lorsque, au contraire, l'urine a perdu sa densité et sa couleur normales, quand elle précipite aboutamment par l'acide nitrique ou se trouble à l'approche de la chaleur, il n'y a plus de doute possible, l'hydropisie dépend d'une lésion rénale. »

Ce diagnostic peut être regardé comme exact, sauf en ce qui regarde la marche de l'hydropisie, qui ne s'applique qu'aux maladies du foie, et en particulier à la cirrhose. Dans les maladies du cœur, en effet, nous savons que l'ædème commence habituellement par les jambes, et que l'ascite est consécutive.

⁽¹⁾ De l'albuminurie, 11° partie, chap. 11, Faits d'urine coaquiable et précipitable.

M. Martin-Solon a encore posé le diagnostic snivant entre la maladie de Bright et la néphrite, soit aiguë, soit chronique, dans laquelle l'albumine, ainsi que le prouvent des faits qu'il a cités, peut se trouver dans l'urine, alors qu'on n'y voit pas encore de pus. Voici comment il s'exprime à cet égard : « Dans la néphrite, il n'y a pas d'œdème. La fièvre l'accompagne ordinairement; il est rare de l'observer dans l'affection rénale de Bright; la suppuration termine souvent la première, on ne la voit jamais dans la seconde. La maladie de Bright affecte en même temps les deux reins; la néphrite aigué envahit souvent l'un des deux seulement. La néphrite aiguë détermine des douleurs sympathiques qui occasionnent des vomissements, la rétraction des testicules, des douleurs dans ces parties ou dans les grandes lèvres; nous n'en avons jamais vu sous l'influence de la maladie de Bright. » Il n'y a encore qu'nn doute à élever sur ce diagnostic, c'est à propos du siége de la néphrite aigué dans un seul des reins. On peut voir ce que j'ai dit à ce sujet en parlant de cette maladie (1).

Tels sont les principaux points du diagnostic dissérentiel. Il ne me reste qu'à dire quelques mots des maladies dans lesquelles d'autres produits que l'albumine se trouvant dans le liquide urinaire pourraient être pris pour cette matière.

Dans l'hématurie, l'urine contient du sang, et par conséquent de l'albumine: « Mais, dit encore M. Martin-Solon, dans l'hématurie, l'albumine n'existe que passagèrement dans l'urine; on ne l'y retrouve plus dès que celle-ci cesse d'être colorée par le sang. Dans l'hydropisie avec albuminurie, la coloration rouge est passagère, la présence de l'albumine persiste lorsque l'urine a recouvré sa coloration normale. » Il faut ajouter que, dans l'hématurie, on trouve des caillots fibrineux au fond du vase, ce qu'on n'observe pas dans la maladie de Bright.

« Dans l'urine mélangée de pus, l'acide nitrique et la chaleur, dit M. Rayer, décèlent bien la présence de l'albumine; mais la présence des globules purulents et parfois celle d'une proportion considérable d'urates et de phosphates séparent nettement ces urines les unes des autres. »

Enfin on distingue les urines chyleuses des urines albumineuses, en observant que, dans les premières, l'albumine est mélangée à une quantité considérable de matière grasse, dont il est très facile de constater la présence, puisqu'il suffit de laisser reposer le liquide pour voir se former, au bout de quelques heures, « une couche d'aspect crémeux à sa surface, une teinte opaline ou laiteuse dans toute sa hauteur, et un dépôt sanguinolent ou fibrineux, ou d'apparence gélatineuse (Rayer). »

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° Signez distinctifs de la maladie de Bright à forme aiguë et de l'anasarque aiguë due à d'autres causes.

MALADIE DE BRIGHT A PORME AIGUE.

ANABARQUE AIGUE.

Symptomes du côté des reins : pesanteur, émissions fréquentes de l'urine, etc. (Signe douteux.)

Pas de symptômes rénaux.

Albumine dans les urines précédant pen-

Pas d'albumine dans les urines; ou bien

⁽¹⁾ Voy. Néphrite aigue.

dant un temps plus ou moins long l'appari- apparition de cette substance après la protion de l'hydropisie.

duction de l'anasarque.

Je renvoie le lecteur aux détails qui précèdent, pour se rappeler les points escore incertains de ce diagnostic.

2° Signes distinctifs de la maladie de Bright à forme aigue et d'autres affections fébriles avec urines albumineuses.

MALADIE DE BRIGHT A FORME AIGUE.

L'albumine se trouve constamment dans les urines pendant tout le cours de la maladie; l'abondance seule varie.

Elle est généralement beaucoup plus abondante.

Hydropisies.

Autres symptômes généralement légers de la maladie de Bright.

AUTRES AFFECTIONS PERSILES.

L'albumine ne se trouve que d'une menière passagère.

Généralement peu abondants.

Pas & hydropisies.

Symptômes presque toujours intenses et caractéristiques de ces affections (fièvre tjphoide, pneumonie, rhumatisme, etc.)

3° Signes distinctifs de la maladie de Bright à l'état chronique et des autres affections chroniques qui donnent lieu aux hydropisies.

MALADIE DE BRIGHT A PORME CHRONIQUE.

Urine pale, louche, ayant une odeur fade.

Sa denaité est diminués; elle a perdu en plus ou moins grande partie ses sels et l'urée.

Albumine en quantité considérable, existant d'une manière continue.

L'ædème commence presque toujours par les membres inférieurs; l'ascite survient après.

Autres symptômes légers de la maladie de Bright.

AUTRES AFFECTIONS CHRONIQUES QUI PROGUNETI L'EYDROPISIE.

Urine de couleur normale, conservant l'edeur urineuse.

Densité normale; sels et urée à l'étal nor-

Albumine en *petite quantité* ; ne se mostrant ordinairement que d'une manière par **sagère**.

Dans les maladies du foie, l'assite pricits l'adème.

Symptômes caractéristiques de maladies de cœur, du foie, etc.

h' Signes distinctifs de la maledie de Bright à forme aiguë ou chronique et de la néphrite simple avec urines albumineuses.

MALADIE DE BRIGHT A FORME AIGUE OU CHROMQUE.

Pas de fièvre (forme chronique) ou mouvement fébrile léger (forme aiguë).

Hydropisie.

Jamais de suppuration.

Douleur des reins nulle ou sourde.

Pas de rétraction deuloureuse des testicules, ni de douleurs dans les grandes lèvres, etc.

néphrite simple aigue ou cerorique, avec URINES ALBUMINEUSES.

l'ièvre toujours asses marquée.

Pas d'hydropisie.

Se termine souvent per suppuration.

Douleur des reins plus ou moins viet.

Rétraction douloursuss des testicales, desiour dans les grandes lèvres, etc.

5. Signes distinctifs des urines albumineuses de la maladie de Bright à forme aigue et des urines rendues albumineuses par la présence du sang dans l'hématurie.

Unimes albumineuses de la malabre de Bright | Unimes rendurs albumineuses par la présent A FORME AIGUE.

'rine constamment albumineuse.

DU SANG DANS L'MEMATURES.

Urine passagérement albamineus.

La couleur de l'urine devenant normale, l'albumine peutêtre en quantité moins grande, mais ne disparatt pas.

l'as de caillots fibrineux au fond du vase.

Dès que la couleur de l'urine revient à son état normal, l'albumine disparait.

Ordinairement caillots fibrineux au fond du

6° Signes distinctifs de l'urine albumineuse de la maladie de Bright et de l'urine rendue albumineuse par la présence du pus.

URINE ALBUMINEUSE DE LA MALABIE DE BRIGHT.

Pas de globules purulents.

Urates et phosphates en quantité moindre qu'à l'état normal.

Autres symptômes de la maladie de Bright.

URINE RENDUE ALBUMINEUSE PAR LA PRÉSENCE DU PUS.

Globules purulents, distingués au microcope.

Sels souvent plus abondants qu'à l'état normal.

Symptômes, des inflammations des voies

7° Signes distinctifs de l'urine albumineuse de la maladie de Bright et de l'urine chyleuse.

URIME ALBUMINEUSE DE LA MALADIE DE RRIGHT.

Pas de cremor à la surface.

UNDER CHYLEUSE.

Cremor à la surface, après quelques heures le repos.

Il est sans doute plusieurs autres caractères dissérentiels des diverses urines dont il vient d'être question; mais j'ai dû me borner à indiquer ceux que le médecin a le plus intérêt à connaître.

Pronostic. Il résulte de ce que j'ai dit, à propos de la terminaison de la maladie, que la gravité du pronostic est bien dissérente suivant qu'il s'agit de la sorme aiguë ou de la sorme chronique.

Dans la forme aiguë, on a lieu d'espérer la guérison lorsqu'il n'y a pas de complication dangereuse. En général, suivant M. Rayer, la gravité de l'affection est en raison directe de l'abondance de l'albumine dans l'urine; mais cette règle souffre d'assez nombreuses exceptions, ainsi qu'il le reconnaît lui-même. Cet auteur a remarqué encore que l'affection a moins de gravité lorsqu'elle survient à la suite de la scarlatine ou dans les derniers mois de la grossesse que dans toute autre condition. Cependant on ne doit pas, même dans ces cas, la regarder comme de peu d'importance; car, s'il est vrai de dire que la guérison est probable, on a vu des malades succomber, chez lesquels les progrès seuls de l'affection ont amené la mort.

Si, l'hydropisie disparaissant, on voit persister l'albumine dans les urines, le pronostic est en général fâcheux, car la maladie tend à passer à l'état chronique, ou bien on a à redouter une nouvelle attaque au bout d'un temps plus ou moins long. La disparition simultanée de l'hydropisie et de l'albumine dans l'urine annonce la guérison; mais les récidives sont à craindre, si le malade ne change pas son genre de vie, dans les cas où l'on peut attribuer l'affection à une cause antihygiénique. On a vu quelques sujets succomber, alors même que l'albumine disparaissait de l'urine et que l'hydropisie se dissipait, mais ces cas sont exceptionnels.

Nous avons vu qu'il est très rare d'obtenir la guérison de la forme chronique.

Lorsque surtout elle est arrivée à un certain degré, la mort est presque infaillible. On a néanmoins cité des cas de guérison, et d'autres où la position des malades a été améliorée, et où leurs jours ont été prolongés. Recherchons donc quelles sont les conditions favorables ou défavorables sur lesquelles doit se fonder le pronostic.

Suivant M. Rayer, le pronostic est généralement d'autant plus grave que l'albumine est plus abondante dans l'urine. Il y a sans doute des exceptions à cette règle, mais il n'est pas exact de dire avec M. Christison que les chances de mort ne sont nullement en rapport avec la quantité de l'albumine rendue par les urines.

La diminution très notable de la quantité et de la densité des urines est un signe fâcheux, tandis que le contraire est d'un bon augure.

Ensin il est presque inutile de dire que les complications si sunestes qu'on observe dans tant de cas ajoutent beaucoup à la gravité de la maladie, et rendent le plus souvent l'assection inévitablement mortelle.

§ VII. - Traitement.

Le traitement de la maladie de Bright est, sans contredit, la partie la moiss avancée de son histoire, ce qui tient en partie sans doute au peu de temps qui s'est écoulé depuis que l'on connaît bien cette affection, mais en partie aussi à la manière peu rigoureuse dont on a traité les questions thérapeutiques qui s'y rattachent. Tout ce que je peux faire, c'est de présenter aussi exactement que possible l'état de la science sur ce point.

1° Traitement de la forme aigué. Émissions sanguines. Les émissions sanguines sont conseillées par les auteurs dans les cas où il y a un certain mouvement ébrile, c'est-à-dire dans la forme aigué de la maladie. M. Christison recommande expressément de les employer, et M. Rayer dit que, « en général, dans cette période de la maladie, en pratiquant la saignée, il faut plutôt s'exposer à aller au delà que de rester en deçà des limites qu'il semble nécessaire d'atteindre. « C'est ordinairement à la saignée générale qu'on a principalement recours. La richesse du sang, l'épaisseur de la couenne, la fermeté du caillot sont les indices qui servent à déterminer l'opportunité d'insister sur les saignées, dont on doit être très sobre dans les conditions contraires. Des ventouses scarifiées, en plus ou moins grand nombre sur les lombes, ou des sangsues, peuvent être appliquées concurremment avec la saignée, ou bien exclusivement chez les sujets affaiblis et chez les jeunes enfants.

Après la saignée, on met en usage, dans cette sorme aiguë, des moyens sort simples. Ce sont d'abord des boissons adoucissantes, auxquelles on ajoute une certaine quantité de nitre pour les rendre diurétiques, la suivante, par exemple:

7 Infusion de mauve..... 1000 gram. | Nitrate de potasse...... 1,50 gram.

On ne doit pas empêcher les malades de boire, comme on l'a fait à une certaine époque, dans les hydropisies. Cette recommandation peut encore être utile, sinon pour les médecins, du moins pour les personnes qui entourent les malades, et qu'il ne faut pas manquer de prévenir.

Les diurétiques très actifs, et à haute dosc, n'ont pas été recommandés dans

cette forme aiguë de la maladie, comme dans la forme chronique, à propos de laquelle nous aurons à en parler avec quelques détails.

Les purgatifs peu énergiques sont recommandés par tous les auteurs. On peut prescrire le suivant :

2 Eau de chicorée...... 100 gram. Sirop de nerprun...... 30 gram. Suifate de magnésie..... 15 gram.

A prendre en deux fois.

L'huile de ricin, à la dose de 30 à 40 grammes, est également donnée en parcil cas.

o Des purgatifs plus énergiques, dit M. Rayer, tels que la racine de jalap et la gomme-gutte, doivent être administrés de préférence dans les cas où l'hydropisie est très considérable, et lorsqu'elle n'a été que peu modifiée par la saignée. Ces purgatifs doivent même être administrés en même temps que les émissions sanguines, dans les cas où la maladie s'annonce avec beaucoup de gravité, et lorsqu'il y a imminence de symptômes cérébraux. » Ces médicaments peuvent être prescrits de la manière suivante :

Mêlez. A prendre en trois sois, à une demi-heure d'intervalle. S'arrêter, si les deux pre-mières agissent sussissamment.

Pour les enfants, on donnera le jalap à la dose de 0,50 à 75 grammes dans 15 grammes de sirop de guimauve, et également en trois sois, en observant les mêmes précautions.

Pour la gomme-gutte, il suffit d'administrer les pilules de Bontius, dont j'ai donné la formule à propos de l'ascite (1), et qui contiennent cette substance.

Un bain simple, le soir, est également recommandé par la plupart des auteurs. M. Rayer insiste pour que le bain soit pris auprès du lit, afin que le malade ne soit pas exposé aux causes de refroidissement.

Les bains de vapeur ou bien les fumigations avec les baies de genièvre sont prescrits dans le but d'exciter la transpiration. Ces dernières peuvent être faites en introduisant une suffisante quantité de baies dans une bassinoire garnie de charbons ardents, et en bassinant le lit du malade. Ou mieux encore, en faisant vaporiser les baies dans un fourneau, et en dirigeant la vapeur dans le lit à l'aide d'un tuyau de fer-blanc.

* Lorsque, dit M. Rayer, qui s'est occupé du traitement de la forme aiguë d'une manière plus précise que les autres auteurs, les symptômes gastriques ou intestinaux, et en particulier les vomissements et la diarrhée, sont très notables, les bains tièdes, des sangsues à l'anus et de petites doses d'opium sont des remèdes salutaires. » Il n'est guère permis d'élever des doutes sur l'exactitude de cette assertion, mais on peut ne plus être de l'avis de cet auteur quand il ajoute : « Lorsque les malades se plaignent de dyspnée ou d'oppression, après la saiguée, les purgatifs sont préférables. » Pour démontrer la vérité de cette proposition, il est fallu chercher les preuves dans des observations bien concluantes, et c'est ce qui n'a pas été fait. Si je présente cette réflexion, c'est qu'on a peine à croire, quand

⁽¹⁾ Voy. p. 350.

on se rappelle l'effet des narcotiques sur les sonctions respiratoires, que les purgatifs aient plus d'essicacité que l'opium pour calmer la dyspnée. Cependant il saudrait se rendre à l'expérience, si l'expérience avait réellement prononcé.

La persuasion où l'on est que le froid, et surtout le froid humide, est une des causes les plus puissantes de la maladie dont il s'agit ici, a eu pour résultat nature la recommandation, de la part de tous les auteurs, de soustraire avec le plus grand soin les malades à l'influence de ces agents. Aussi recommande-t-on de tenir l'appartement à une température assez éleyée, et en outre de couvrir le corps de flanelle.

Lorsque les signes de réaction sont marqués, il faut soumettre les malades à une diète assez sévère, mais on ne doit pas tarder à donner des aliments assez substatiels dès que le léger mouvement fébrile est tombé. M. Rayer a vu plusieurs malades se trouver bien de l'usage du lait pour toute nourriture pendant quelques jours.

Tel est le traitement bien simple de la forme aiguë de la maladie de Bright. On peut voir, par l'exposition que je viens d'en donner, que les recherches sur ce point n'ont pas été faites d'une manière tout à fait satisfaisante. Mais comme, ainsi que j'ai eu occasion de le dire plusieurs fois, la maladie se termine ordinairement par la guérison, les médecins n'ont pas pensé qu'il sût nécessaire de connaître avec une plus grande précision l'action des médicaments qui composent ce traitement, et pourtant quelques études faites dans ce sens ne seraient certainement pas sans utilité.

2º Traitement de la forme chronique. Il résulte de ce que nous avons dit dans la description de cette forme chronique, que le médecin ne doit pas avoir grand espoir de guérir son malade, même en employant les moyens qui paraissent le mieux appropriés. Mais on a vu aussi que plusieurs faits ont démontré la possibilité d'un adoucissement considérable au mal et de la prolongation des jours du malade, alors même que la maladie avait fait, à n'en pas douter, d'assez grands progrès. C'est principalement pour atteindre ce but qu'on a institué le traitement de la maladie de Bright à forme chronique, et par conséquent ce traitement n'est guère que palliatif.

Emissions sanguines. Les émissions sangulnes sont bien loin d'être recommandées, dans cette forme chronique, avec la même confiance que dans l'état aigu. Pour montrer toute l'incertitude dans laquelle on est sur l'opportunité de leur emploi, dans les cas même où elles semblent le mieux indiquées, il me suffira de citer le passage suivant de M. Rayer: « D'après les avantages qu'on retire, dit-li (page 148), des émissions sanguines dans la forme aigué et au début de la maldie, on devait naturellement être conduit à penser, et l'observation l'a confirmé, qu'elles pourraient être utiles au début de certaines néphrites albumineuses chroniques, ou contre les attaques inflammatoires, partielles et successives, auxquelles les reins, déjà profondément altérés en plusieurs points, sont exposés dans cette maladie. Mais si elles peuvent être employées contre l'hypérémie rénale, qui s'opère lentement ou par attaques successives, elles sont non seulement inutiles, mais encore nuisibles, dans une foule de cas où les reins sont décolorés, granulés ou indurés.

» Or, dans l'impossibilité où l'on est souvent de juger, pendant la vie, du dept

et de la forme de l'altération rénale, il faut, toutes les fois qu'il y a un mouvement sébrile, recourir à l'application de ventouses scarifiées aux lombes, et même à la saignée générale, si l'état des sorces du sujet le permet, qu'il existe ou non de la douleur aux régions rénales....

• Le traitement des paroxysmes de l'inflammation rénale est analogue à celui de la sorme aigue de la maladle; toutesois il doit être, en général, moins actif. La saignée ne doit pas d'ordinaire être portée au delà de huit à dix onces, et souvent il est préférable de recourir à l'application des ventouses sur les reins, à moins qu'il n'existe en même temps quelque inflammation des poumons, de la plèvre, etc. Ces émissions sanguines sont contre-indiquées par la coexistence de maladies anciennes et incurables, telles que la phthisie tuberculeuse, le cancer de l'estomac, les maladies du cœur, avec insuffisance des valvules. »

On peut considérer ce passage comme l'expression de l'état actuel de la science, car les autres auteurs ont avancé des propositions à peu près semblables. Or, je le demande, est-il rien qui puisse laisser le praticien dans une plus grande perplexité? Nous savons, en effet, que les signes qui s'offrent à nos yeux peuvent être ceux d'une congestion rénale, et, en pareil cas, la saignée sera utile; mais ils peuvent ètre trompeurs, et la saignée sera alors, non pas seulement inutile, mais nuisible. Faut-il conclure, avec M. Rayer, que, dans le doute, il faut agir? Je ne le pense pas, et je crois que, en pareil cas, la prudence veut d'autant plus qu'on s'abstienne, que le degré d'utilité de ce moyen, en supposant les circonstances les plus favorables, n'est nullement connu et pourrait bien être très faible. Des paroxysmes bien tranchés pourront seuls engager à recourir aux émissions sanguines, mais encore devra-t-on être très réservé dans leur emploi.

Diurétiques. Il serait inutile de rechercher ici quelles sont les raisons qui ont porté les médecins à recourir aux diprétiques dans cette maladie, et d'exposer les objections théoriques qu'on a adressées à cette médication. Ce qu'il nous importe de savoir, c'est si l'administration de ces médicaments est ou n'est pas réellement utile.

M. Christison (1) préconise particulièrement les diurétiques déjà prescrits par M. Bright, et auxquels cet auteur a plus tard accordé beaucoup moins de confiance. Ceux que présère M. Christison sont la digitale et la crème de tartre.

La digitale est administrée par lui à la dose de 5 à 10 centigrammes en pilules, trois fois par jour ; ou bien de la manière suivante :

4 Eau distillée de cannelle ou de casse, Teinture de digitale. 10, 15 ou 20 gouttes. una cuillerée à thé.

A prendre trois fois par jour.

La crème de tartre est prescrite ainsi qu'il suit :

7 Eau..... 6 ou 8 gram.

A prendre en une fois, trois fois par jour.

Si l'effet diurétique n'avait pas lieu dès les premiers jours, il ne faudrait pas en conclure que ces médicaments resteront sans action, car M. Christison a vu la

⁽¹⁾ Los. cit., p. 148 et suiv.

diurèse s'établir après un certain temps, et il dit avoir favorisé cette apparition en administrant un vomitif composé de tartre stibié et d'ipécacuanha.

Les autres diurétiques mis en usage sont la scille, le nitrate, l'acétate de patasse, etc. Il serait inutile d'en faire ici une longue énumération; il suffit de renvoyer le lecteur à l'article Ascite, où ces médicaments ont été étudiés (1). Mais il est deux substances dont je dois dire quelques mots, parce qu'elles ont été recommandées par deux des auteurs qui ont étudié la maladie avec le plus de soin: MM. Bright et Rayer. Ce sont l'uva ursi et le raifort sauvage.

La busserole (raisin d'ours, uva ursi) a été donnée par M. Bright. On peut la prescrire de la manière suivante :

Ou bien:

24 Poudre de busserole (uva ursi)..... 1 à 2 gram.

Divisez en trois paquets. A prendre dans la journée, dans une cuillerée d'eau ou de tissee.

« J'ai vu, dit M. Rayer, l'hydropisie diminuer ou même quelquesois disparaître complétement par l'action diurétique de la tisane de raisort sauvage. Plusieurs malades ont resusé de continuer cette boisson, parce qu'ils la trouvaient désagréable et qu'elle leur satiguait l'estomac. J'en ai vu d'autres qui, malgré la persévérance avec laquelle ils en ont sait usage, n'en ont retiré aucun soulagement. Cependant, de tous les diurétiques, c'est encore celui dont l'usage m'a paru offrir généralement le plus de chance de succès. »

Les diurétiques comptent, comme on le voit, un grand nombre de partisus; mais le docteur Osborne, que je vais avoir l'occasion de citer plus longuement à propos des diaphorétiques, ne croit pas que ces moyens aient un véritable avantage; il leur trouve même des inconvénients, en ce qu'ils augmentent la sécrétion de l'albumine par les reins, et tendent à aggraver les lésions de cet organe. Mais M. Christison a répondu en citant un petit nombre de faits dans lesquels les choses ne se sont pas passées de cette manière. Toutefois il n'y a, de part et d'autre, aucune démonstration, et nous attendons encore les recherches qui doivent nous fixer sur l'influence réelle des diurétiques.

Térébenthine; baumes de Tolu, de copahu; cantharides. Il faut rapprocher des diurétiques d'autres médicaments qui agissent d'une manière bien course sur les voies urinaires; je veux parler de la térébenthine, des baumes de Tolu et de copahe, et surtout des cantharides.

Les auteurs s'accordent à dire que la térébenthine et les baumes que je viess d'indiquer n'ont pas d'essets avantageux. Quant aux cantharides, elles ont été d'abord administrées par le docteur Wells, et ensuite essayées par quelques seteurs. M. Wells les a données, sous sorme de teinture, à une dose très considérable: 30, 50 et 60 gouttes dans les vingt-quatre heures. M. Rayer a administré ce médicament également sous sorme de teinture, mais à une bien plus saible dose; il le prescrit, en esset, de la manière suivante:

⁽¹⁾ Voy. Ascile, p. 347.

2 Émulsion commune ou lait d'amandes.... 1 à 12 gouttes. 30 gram.

Métez. A prendre par cuillerées.

Ces deux auteurs ont vu, dans certains cas, l'albumine disparaître de l'urine, et l'hydropisie diminuer ou se dissiper sous l'influence de cette médication, que néanmoins M. Rayer regarde comme fort incertaine. D'un autre côté, M. Blackall a vu quelquesois le coagulum albumineux augmenter dans l'urine des sujets qui saisaient usage de cette substance; et comme tout le monde convient que c'est un remède dangereux, surtout aux doses prescrites par M. Wells, on hésitera sans doute à le mettre en usage, et si on le donne, ce ne sera qu'avec les plus grandes précautions.

Toniques. M. Nonat a obtenu six guérisons sur dix cas, à l'aide du traitement tonique. C'est là un des plus beaux résultats qui aient été signalés, et il doit engager le praticien à mettre en usage ce traitement. Je ne puis donc me dispenser d'en rapporter les détails, d'autant plus qu'il ne s'applique pas indifféremment à toutes les époques et à toutes les formes de la maladie, comme on va le voir dans le passage suivant que j'emprunte au compte rendu de la clinique de M. Nonat par M. Aran (1). « Sans doute, lorsque la néphrite est aiguë, lorsqu'on observe tous les caractères d'une congestion active, de la fièvre, de la douleur dans la région lombaire, de la chaleur et de la sécheresse à la peau, etc., il faut débuter par la saignée générale et locale. M. Nonat les pratique quelquefois le même jour; mais une fois cette indication remplie, il s'en abstient et n'y revient jamais. La maladie est-elle, au contraire, chronique dès le début, les sujets sont-ils trop affaiblis ou l'hydropisie trop avancée, la saignée, même locale, ne peut être que dangereuse.

- » Mais quand les symptômes réactionnels sont tombés, ou quand ils ne se sont jamais montrés, comme chez le malade qui fait le sujet de la dernière observation, si les organes digestifs sont en bon état, ne convient-il pas de soutenir les forces en administrant des aliments légers, des bouillons, de l'eau vineuse, même du vin de Bordeaux ou du vin de Bagnols?
- » En même temps que l'indication de soutenir les forces, il s'en présente deux autres : l'une d'obteuir la disparition de la sérosité infiltrée dans le tissu cellulaire ou épanchée dans les cavités séreuses; l'autre de réveiller les fonctions de la peau. Pour remplir la première, les purgatifs, les diurétiques, les ponctions et les mouchetures ont été beaucoup prônés; ils ont trouvé, en revanche, beaucoup de détracteurs. Des premiers on doit être sobre, car on peut éliminer par les voies digestives la sérosité du sang; d'un autre côté, on s'expose à produire la diarrhée, phénomène toujours très difficile à arrêter, et qui a de plus l'inconvénient de s'opposer à l'alimentation. Parmi les diurétiques, ceux seulement qui ne sont pas àcres peuvent être prescrits avec quelque succès : ainsi, les boissons légèrement nitrées et le sirop des cinq racines. Les ponctions et les mouchetures sont sans doute des moyens palliatifs; et si, dans quelques cas, on les a vues donner lieu à des inflammations des cavités séreuses, ou même à des gangrènes étendues de

⁽¹⁾ Compts rendu de la clin. de M. Nonat: De la néphrite albumineuse, etc. (Union médicale, septembre 1847, p. 487).

la peau, est-ce une raison pour renoncer à des moyens qui amènent constanment un soulagement immédiat et qui facilitent ainsi l'emploi d'un traitement ultérieur? M. Rayer repousse surtout les ponctions abdominales; mais M. Nonat a remarqué que depuis qu'il emploie la médication tonique les accidents qu'il obvait autrefois ne sont pas aussi fréquents. Deux des malades qui ont guéri ont di certainement leur guérison à ce moyen. Un des malades, qui est couché maintenant à l'hôpital, a été ponctionné deux fois sans accident; c'est seulement dans m cas qu'il y a eu une péritonite mortelle.

- Le rétablissement de la perspiration cutanée a toujours d'autant plus occupé les pathologistes, que c'est le plus souvent au trouble de cette fonction qu'est du le développement de la maladie. De tous les moyens qui ont été proposés, le seul dont M. Nonat ait retiré avantage, ce sont les bains de vapeurs. Encore a-t-il remarqué que c'est une médication très variable dans ses effets, et qui ne doit jamais être mise en usage dans la première période, c'est-à-dire pendant qu'il y a de l'orgasme inflammatoire.
- La médication tonique forme donc la base du traitement que nous avons fait connaître. Mais ce traitement réclame d'assez nombreuses précautions. Il est contre-indiqué par la réaction du système circulatoire et doit être suspendu tontes les fois que cette réaction apparaît. Les aliments doivent être choisis parmi ceux de facile digestion. Puis on passe aux aliments plus nourrissants, à la viande rôtic, par exemple. Enfin, on y ajoute des stimulants du système nerveux, des alcoolques, de l'eau vineuse, du vin de Bordeaux ou du vin de Bagnols, à la dose de 30 à 125 grammes. Constamment dans ce traitement il faut suivre l'état du pous ou l'état des urines. Comme l'accélération du pouls, l'augmentation de l'albumine et la présence du sang doivent faire renoncer aux toniques. Si, au contraire, la quantité d'albumine diminue, c'est une indication précise de continuer la médication tonique et d'en augmenter la dose. »

Diaphorétiques. On a dù nécessairement avoir recours aux diaphorétiques dans une maladic dont l'hydropisie est un des principaux caractères. Le docteur Osborne (1) a surtout insisté sur l'utilité de ces médications, qu'il place bien au-dessus des diurétiques.

On peut mettre en usage, comme dans la forme aigué, les bains de vapeurs ou de fumigations, en même temps qu'on donne à l'intérieur des tisanes chaudes et excitantes, comme l'infusion de bourrache et de sureau, etc. Souvent on se contente de prescrire une simple infusion de thé, à laquelle on ajoute quelques gouttes d'acétate d'ammoniaque; mais il serait inutile d'insister longuement sur une médication qu'il est si facile de diriger. Disons seulement que, parmi les diaphorétiques cités par les auteurs anglais, il en est deux auxquels ils accordent une asset grande confiance: c'est la poudre de Dower et la poudre de James.

Purgatifs. On emploie plus souvent, dans la forme chronique que dans la forme aiguë, les purgatifs énergiques; mais nous avons vu que, dans certains cas, et surtout dans ceux où la maladie est compliquée de tubércules pulmonaires, on peut déterminer par cette médication un dévoiement qu'il est ensuite difficile d'arrêter. On doit donc n'y avoir recours qu'avec prudence, et s'arrêter dès que l'on voit les selles devenir trop fréquentes.

⁽¹⁾ On dropsis connect. with sup. persp. and coag. wrine; London, 1925.

M. Martin-Solon a vu l'hydropisie disparaître complétement dans un cas où il a prescrit les pilules suivantes :

F. s. a. des pilules semblables, dont on donne 2 ou 3 par jour.

Les auteurs anglais conseillent généralement l'usage du calomel à la dose de 30, 40 et 50 centigrammes par jour; mais, dans cette administration, on doit surveiller attentivement l'état de la bouche.

M. Martin-Solon a encore employé d'autres purgatifs, parmi lesquels il faut d'abord citer l'huile d'épurge (1). Ce médicament, qu'il a administré depuis la dose de 1 gramme 35 centigrammes jusqu'à celle de 4 et 6 grammes, a eu de très bons effets dans plusieurs cas rapportés par cet observateur; mais, dans d'autres aussi, en continuant trop longtemps son administration, on a produit une irritation assez vive de la muqueuse intestinale, qui a paru hâter la mort. On voit par là avec quelle prudence ces remèdes doivent être maniés.

On a eu encore recours aux eaux de Sedlitz, de Pullna, à la racine de sureau, et à un bon nombre de purgatifs qui n'ont rien de particulier, et qu'il est par conséquent inutile d'indiquer ici, parce qu'il sera toujours sacile d'en trouver qui répondent à l'action que l'on veut produire. En général, et c'est ce qu'il est le plus important de constater, les auteurs s'accordent à dire que, lorsque la maladie est arrivée à un degré avancé, ces purgatifs n'ont pas d'avantages réels, et peuvent avoir de graves inconvénients.

Les vomitifs ont été bien plus rarement administrés. Quelquesois, et M. Martin-Solon en a cité deux exemples, on a eu recours aux éméto-cathartiques, mais sans en avoir retiré d'avantages évidents.

Cependant M. le docteur Garcia y Alvarez (2) a vu un cas de maladie de Bright, chez un homme de quarante-huit ans, guérir sous l'influence du tartre stibié pris à la dose de 0,05 centigrammes, tous les jours pendant huit jours. La guérison aura-t-elle été définitive?

Acide nitrique. M. le docteur Haussen (3) rapporte que sur dix-huit cas d'albuminurie, il n'a perdu que deux malades en employant le moyen suivant :

2 Potion gommeuse.... 150 à 250 gram. | Acide nitrique...... 4 à 15 gram. | A prendre dans les vingt-quatre heures.

Il serait important de savoir si, dans tous ces cas où les urines étaient albumineuses, il y avait une maladie de Bright.

M. Forget (4) a traité deux sujets de la même manière; l'un d'eux a guéri, l'autre a succombé.

On se demande encore si les guérisons ont été définitives. On sait, en effet, que, quelque traitement que l'on emploie, les symptômes de la maladie de Bright peuvent disparaître pour se reproduire ensuite.

M. le docteur Labus (5) a cité un cas de guérison d'une albuminurie par l'usage

⁽¹⁾ Bulletin thérapeutique, t. VIII.

⁽²⁾ El lelegrapho medico, 1847.

⁽³⁾ Gaz. des hop., février 1840.

⁽⁴⁾ Bull. gen. de ther., janvier 1847, t. XXXII, p. 5 et suiv.

⁽⁵⁾ Gazella med. di Milano, 1846.

de l'acide nitrique à la dose de 4 grammes dans 750 grammes d'eau, avec sirop de gomme et mucilage, Il y avait chez le malade des vomissements opiniatres et un dépérissement marqué. L'usage de l'acide nitrique fut continué pendant plus d'un mois. Y avait-il réellement une maladie de Bright?

Moyens divers. Viennent ensuite un certain nombre d'autres moyens plus on moins préconisés; ce sont les mercuriaux, mis en usage principalement et Angleterre; les ferrugineux, dont il est si facile de diriger l'administration, et qui conviennent dans presque tous les cas où la maladie dure depuis us certain temps; les frictions excitantes sur la peau, les cautères, les sétons, les moxas appliqués à la région des lombes; en un mot, les divers moyens capables de faire cesser la faiblesse considérable des malades, de combattre l'état séreux du sang, d'exciter la peau, en même temps que, par les médicaments donnés à l'intérieur, on cherche à déterminer une transpiration abondante, ou bien qu'on ouvre des fonticules qui déterminent une révulsion puissante et continue.

Malheureusement la maladie se montre presque toujours rebelle, et, d'un autre côté, nous n'avons pas de relevé exact d'un nombre suffisant d'observations pour nous prononcer sur la valeur de ces médicaments. Cependant le docteur Osborse a cité vingt-sept guérisons sur trente-six cas obtenus par une médication composée qui consiste dans l'emploi simultané ou successif des saignées, des ventouses, des purgatifs, des sudorifiques, des vésicatoires, et de quelques autres moyens par lesquels il cherche à déterminer la diaphorèse. Ce résultat serait on ne peut plus saisfaisant si, comme le fait remarquer M. Rayer, on ne trouvait, dans les faits cités par M. Osborne, un nombre considérable de cas appartenant à la forme aigué, dans laquelle on obtient presque toujours la guérison.

Régime; soins hygiéniques. Le régime ne doit pas être sévère comme dans la forme aiguë; le plus souvent, au contraire, le médecin doit prescrire une nouriture assez solide et assez abondante: car, ainsi que nous l'avons vu à l'article des causes, bien des sujets ont contracté la maladie dans des conditions extrêmement défavorables sous ce rapport. Ainsi, on n'hésitera pas, chez des individus qui, perdant longtemps, ont eu une nourriture malsaine et insuffisante, à conseiller de viandes rôties, un peu de vin pur, en un mot, un régime analeptique qui viende en aide aux médicaments toniques prescrits en pareil cas. Toutefois, lorsqu'il survient des exacerbations, on doit, comme dans la forme aiguë, persister pendant quelque temps dans une diète assez sévère.

Le malade doit avoir une chambre sèche et maintenue à une température un peu élevée; il doit se couvrir le corps de flanelle, se faire pratiquer des frictions sèches, en un mot, éviter, par tous les moyens possibles, le froid humide. qui devient d'autant plus nuisible pour lui, que la maladie a fait de plus grands progrès.

Résumé; ordonnances. Nous venons de voir que les documents sur lesquelle nous avons dû établir le traitement de la maladie de Bright manquent, en général, de la précision et de l'exactitude désirables. Les moyens qui, d'après les données que nous possédons, paraissent avoir la plus grande valeur, sont, dans la forme aiguë, les diaphorétiques et les purgatifs, et dans la forme chronique, les diarétiques, les diaphorétiques, les toniques, le régime et les soins bygiéniques.

⁽¹⁾ Lond. m.d. Gaz., février 1847.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE MALADIE DE BRIGHT A FORME AIGUE, CHEZ UN ADULTE ASSEZ VIGOURUX.

- 1º Pour tisane, infusion de bourrache ou de sureau.
- 2º Une saignée de deux ou trois cents grammes, répétée si le cas l'exige, mais avec prudence; ventouses scarifiées ou sangsues sur la région lombaire.
- 3° Une demi-bouteille d'eau de Sedlitz, ou seulement un verre tous les matins. Dans le cas où ce purgatif ne suffirait pas, prescrire l'huile de ricin, d'épurge, ou bien le jalap, la gomme-gutte (voy. p. 447).
- 4° Un bain simple tous les soirs; dans la journée une fumigation de baies de genièvre (voy. p. 441).
- 5° Si la transpiration ne se rétablit pas, un bain de vapeur tous les deux jours, ou même tous les jours si les forces le permettent.
- 6° Se couvrir le corps de slanelle; diète sévère tant que dure l'état sébrile; donner ensuite promptement au malade des aliments substantiels.

II. Ordonnamec.

DANS UN CAS DE MALADIE DE BRIGHT A FORME CHRONIQUE SANS COMPLICATION.

- 1º Pour tisane, infusion d'uva ursi (voy. p. 444).
- 2° Quelques sangsues aux lombes ou à l'anus, dans les paroxysmes. (Ce moyen ne doit être employé qu'avec beaucoup de prudence.)
 - 3- Diurétiques : oxymel scilitique, digitale, etc., etc.
- 4° Diaphorétiques : poudre de Dower, de James, etc.; sumigations, bains de vapeur, etc.
 - 5° Toniques; ferrugineux.
- 6° Régime analeptique, sauf dans les cas de complication et dans les moments de paroxysme; se couvrir la peau de slanelle, etc.

Plusieurs auteurs ont exposé longuement le traitement des diverses complications que l'on observe si fréquemment dans la maladie de Bright. Il me serait par conséquent très facile d'indiquer ici tout ce qui concerne ces diverses complications; mais il est aisé de voir qu'il n'y aurait pas une grande utilité. La maladie se complique, en effet, de diverses phlegmasies des organes thoraciques ou intestinaux, ou bien de maladies chroniques, comme les tubercules, les affections du cœur et du foie; mais rien ne neus a appris qu'il y ait des médicaments spéciaux applicables aux cas particuliers dont il s'agit ici : il sussit de diriger contre ces affections le traitement ordinaire, en ayant soin seulement de le modèrer suivant l'état des forces du malade.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

- 1° Forme aiguë. Émissions sanguines; diurétiques; purgatifs; diaphorétiques; bains; régime; soins hygiéniques.
- 2º Forme chronique. Émissions sanguines, diurétiques; térébenthine; baumes de Tolu, de copahu, etc.; cantharides; diaphorétiques; purgatifs; vomitifs; mercuriaux; acide nitrique; toniques; ferrugineux; révulsifs; exutoires; régime; soins hygiéniques.

ARTICLE VII.

HYPERTROPHIE, ATROPHIE DES REINS.

Je ne cite ici ces deux lésions des reins que pour mémoire, car, quelques efforts que l'on ait faits pour reconnaître quels sont les symptômes qui leur appartiennent. on n'est arrivé à aucun résultat positif. Je dirai seulement que l'atrophie et l'hypertrophie des reins sont quelquesois congénitales, mais bien plus souvent accidentelles, c'est-à-dire déterminées par des affections particulières. M. Rayer se contente de dire que l'exagération de la sécrétion de l'urine paraît être l'effet de l'hypertrophie des reins. Quant à l'atrophie, comme elle ne porte ordinairement que sur un seul de ces organes, et que l'autre acquiert un développement proportionnel, il en résulte que l'on ne peut avoir aucune idée de cet état des reinchez l'homme vivant.

ARTICLE VIII.

CANCER, TUBERCULES DES REINS.

Les reins ne peuvent pas être rangés parmi les organes le plus fréquemment affectés de cancer et même de tubercules. Il est fort rare que leur substance devienue cancéreuse autrement que par l'extension d'un cancer développé primitivement dans les parties voisines; et quant aux tubercules, on peut dire qu'il n'est pas un seul exemple authentique de cette production morbide occupant exclusivement le rein. Lorsqu'on en trouve dans cet organe, c'est qu'il y en a ordinairement une grande quantité dans presque toutes les autres parties du corps. Les deux affections dont l s'agit ici sont au-dessus des ressources de l'art; elles se montrent rarement; il suffira donc de les décrire en très peu de mots.

1° Cancer. — Causes. « Le cancer des reins, dit M. Rayer, attaque de préférence le sexe masculin, l'age mûr et la vieillesse. » On l'a observé quelquesois néanmoin chez des individus jeunes, et même chez les enfants. M. le docteur Obre (1) a observé un cas de cancer des deux reins chez un enfant de treize mois. Les tumeur énormes et remplissant l'abdomen étaient de nature encéphaloïde. Dans ce cas. Le n'y eut pas d'hématurie. On a trouvé ce cancer plus fréquemment à droite qu'il gauche.

Symptômes. En général, l'affection n'est pas douloureuse, surtout dans les premiers temps de la maladie. Cependant on a noté quelquefois les douleurs lancinantes du cancer. Au bout d'un temps plus ou moins long, il survient, dans quelques cas, une tumeur ordinairement bosselée et dure entre la dernière côte et l'os coxal: cette tumeur est quelquefois douloureuse à la pression.

L'hématurie est un des principaux symptômes du cancer. Elle est souvent asser considérable pour produire des caillots volumineux, surtout dans les premier temps. Plus tard on n'observe que des urines sanguinolentes, ou semblables à de la lavure de chair. Le sang peut se coaguler dans la vessie ou dans l'urêtre; de la l'excrétion de caillots vermiculaires ou de dépôts de sang corrompu et sétide dans l'urine.

Si l'on joint à ces symptômes l'amaigrissement, la couleur janne-paille, l'assi-

(1) London med. Gaz., février 1847.

blissement, les dérangements gastro-intestinaux, en un mot les symptômes qui appartiennent à tous les cancers, et ceux des autres affections cancéreuses qui existent presque constamment chez le même sujet, on aura tout ce qu'il importe de savoir sur la symptomatologie du cancer rénal.

Le diagnostic peut être très difficile, attendu qu'assez souvent l'affection ne s'annonce par aucun symptôme bien tranché, qu'il n'y a pas même de la douleur, et que, dans les cas où la douleur existe, on peut la rapporter à d'autres affections, et principalement au lumbago.

Le signe le plus important est sans contredit l'hématurie, non qu'il ne soit commun à plusieurs autres affections, mais parce qu'il présente quelques caractères particuliers. Lorsque l'hématurie est due au cancer, elle survient soit dans un état de santé satisfaisant et sans qu'aucune altération des voies urinaires soit venue faire connaître l'imminence de l'hémorrhagie, soit après un temps plus ou moins long pendant lequel le malade a éprouvé des douleurs rénales; ces deux circonstances doivent être soigneusement notées, car, dans le premier cas, on doit soupçonner que les choses se passent comme dans les cas de cancer de l'utérus, que nous verrons débuter fréquemment par une métrorrhagie, et dans le second, on devra croire à l'existence du cancer, si les douleurs rénales n'ont pas été accompagnées de l'expulsion de quelques graviers ou des signes de la néphrite aiguë ou chronique. Si l'on voyait survenir une tumeur d'un des reins, on ne pourrait plus guère conserver de doutes, et le diagnostic serait plus positif encore s'il y avait un cancer dans un autre organe.

N'oublions pas toutesois que, dans certains cas, l'hématurie peut avoir lieu sans lésions appréciables, comme nous le verrons plus loin, et reconnaissons que dans ces cas le diagnostic est bien dissicile. Les complications si sréquentes qu'on observe dans cette affection le rendent même assez souvent impossible.

Les lésions anatomiques du cancer des reins ont été étudiées avec le plus grand soin; mais pour nous il suffit de les indiquer très rapidement. C'est la forme encéphaloide qu'on observe ordinairement; on trouve aussi dans les reins le fongus hématode, et parfois le véritable squirrhe. Le siège de l'affection est ordinairement la substance corticale; rarement le bassinet se trouve atteint. Du reste, l'étendue de la lésion est très variable suivant les cas. La production morbide peut en effet n'avoir que le volume d'une noisette et occuper un ou plusieurs points de la substance rénale, et, dans certains cas, on l'a vue envahir toute cette substance, de telle sorte que le rein est transformé en une tumeur bosselée souvent très cousidérable et occupant une grande étendue de l'abdomen. On a vu aussi cet organe converti en une sorte de détritus dans plusieurs points. Les organes voisins sont alors soit primitivement, soit consécutivement altérés; et enfin on trouve les lésions propres aux complications signalées plus haut.

La maladie se termine toujours par la mort. Le traitement ne peut, par conséquent, être que palliatif et dirigé contre les principaux symptômes. Ainsi on combattra l'hématurie par les astringents et les réfrigérants, si la perte de sang est très abondante; on dirigera contre la faiblesse et l'anémie les toniques, une nourriture succulente et les ferrugineux; on calmera les douleurs par les narcotiques et principalement par l'opium, qu'il ne faudra pas craindre de porter à des doses assez élevées. Quant aux autres moyens, tels que les exutoires sur la région des lombes,

la ciguë, etc., il n'est nullement prouvé, ainsi que le fait remarquer VI. Rayer, qu'ils aient des avantages réels.

2° Tubercules. J'ai dit plus haut qu'il n'existe pas un seul fait authentique qui prouve que des tubercules puissent se développer dans les reins sans qu'il en existe dans les poumons. C'est un fait qu'on peut facilement vérifier en ayant recours, non aux assertions des auteurs, mais aux observations. Il en résulte que cette lésion des reins doit être rangée parmi les lésions secondaires, et n'a qu'un intérêt médiocre pour la pratique.

Contentons-nous donc de dire que les tubercules des reins échappent presque toujours à l'observation pendant la vie; que néaumoins, dans quelques cas, on a trouvé dans les urines des grumeaux de matière tuberculeuse, ce qui annonce que le bassinet est envahi par la production morbide; que ce symptôme est le seul qui puisse faire soupçonner la dégénération tuberculeuse des reins, mais qu'avant de se prononcer il faut examiner avec beaucoup de soin les autres organes urinaires (la vessie, la prostate), qui pourraient bien être la source de la matière tuberculeuse trouvée dans les urines.

M. Rayer a vu des reins presque entièrement convertis en matière tuberculeuse; ces cas sont très rares. Ordinairement on trouve des tubercules disséminés ou infiltrés dans la surface rénale. M. Louis a vu, dans un cas, une infiltration de matière grise demi-transparente, mais jamais de granulations de la même matière.

Tout traitement est évidemment impuissant contre cette lésion.

On trouve aussi dans les reins de la matière mélanique sous dissérentes sormes; mais comme cette production morbide n'est connue que sous le point de vue de l'anatomie pathologique, il est inutile d'en parler ici.

ARTICLE IX.

KYSTES SIMPLES DES RRINS.

Il ne faut pas confondre, comme on l'a fait souvent, les kystes simples des reins avec les hydatides ou acéphalocystes. Les premiers ne présentent, en effet, que de simples poches remplies d'un liquide, tandis que les autres ont les caractères des vers vésiculaires que nous avons décrits déjà dans plusieurs organes, et notamment dans le foie.

Il n'est pas très rare de trouver des kystes simples dans les reins. Nous ne savoes rien sur les causes qui les produisent.

Symptômes. Quant aux symptômes, voici ce qui résulte de l'examen des observations citées par M. Rayer. Tant que la maladie n'a pas acquis un très grand développement, rien ne peut faire soupçonner l'existence des kystes simples des reins. Dans le cas contraire, la maladie peut non seulement faire éprouver de la géne dans la région lombaire par suite du grand accroissement de l'organe, mais encore une véritable douleur, du moins si l'on s'en rapporte à un des faits publiés (!). Le sujet de l'observation eut en effet plusieurs attaques de douleurs rénales vives, à des intervalles variables, et l'on ne trouva ni dans l'excrétion de l'urine, ni dans les lésions de l'organe, après la mort, aucune cause de colique néphrétique autre que le développement des kystes.

(1) Journal de médecine, par Corvisart, Leroux et Boyer, an XI.

L'accroissement de volume des reins peut donner lieu à une tumeur appréciable par la palpation; mais ce n'est pas là le cas le plus fréquent. Cependant on voit, dans un cas emprunté par M. Rayer à un journal allemand (1), que la tuméfaction était assez considérable pour faire soupçonner une grossesse.

Les caractères de l'urine n'ont pas été suffisamment étudiés. Chez un des sujets précédemment cités, l'urine était copieuse et aqueuse. Il arrive quelquesois qu'elle est purulente; c'est qu'alors un ou plusieurs kystes se sont ensiammés, ont suppuré et se sont vidés dans le bassinet.

Des troubles des voies digestives peuvent survenir. Ceux qui ont été bien observés étaient dus principalement à la compression exercée par le rein tuméfié sur l'estomac, et surtout sur sa portion pylorique : ce sont des difficultés de la digestion, de la gênc épigastrique, des vomissements.

Il est encore des symptômes très importants à noter : ce sont ceux qui se manifestent du côté du cerveou. Dans les divers cas cités et qui se sont terminés par la mort, on a vu survenir pendant un temps variable, mais ordinairement court, avant le terme fatal, la somnolence, le coma, la perte de l'intelligence et même le délire. Dans quelques cas, il est vrai, on pourrait croire que ces symptômes appartiement à d'autres maladies graves qui existaient concurremment avec la lésion rénale; mais il en est plusieurs où celle-ci se montrait seule. Je citerai particulièrement celui qui a été communiqué à M. Rayer par M. Béhier (2).

Terminaison. On voit par là que les kystes des reins peuvent par eux-mêmes causer la mort. En pareil cas, la dégénérescence est complète. Dans les cas les plus ordinaires, les malades sont enlevés par une autre maladie, et la lésion des reins n'a aucune importance, si ce n'est sous le rapport de l'anatomie pathologique.

Lésions anatomiques. Les kystes occupent de préférence la substance corticale des reins; on en a trouvé dans le tissu cellulaire des vaisseaux rénaux et dans la substance tubuleuse. Ils sont arrondis, à moins d'être comprimés; ils ont des parois minces, hisses à l'intérieur, et contiennent soit de la sérosité transparente, ce qui est le cas le plus ordinaire, soit une matière gélatiniforme ou d'apparence muqueuse. M. Rayer a cité des cas où la matière contenue dans les kystes ressemblait au cristallin, ou bien n'était autre chose que de la cholestérine, comme l'a démontré l'analyse. Enfin, lorsque l'inflammation s'est emparée d'un ou de plusieurs kystes, on les trouve remplis de sanie puriforme ou de véritable pus (3).

Pronostic. Si l'on parvenait à diagnostiquer les kystes simples dans les reins, on ne devrait pas hésiter à porter un pronostic fâcheux, puisque, comme nous l'avons vu plus haut, le diagnostic ne peut être établi que lorsque la maladie est parvenue presque à son dernier terme.

Traitement. • Les préparations iodées, dit M. Rayer, ont été plusieurs fois employées avec succès contre la dégénérescence enkystée des ovaires; mais la dégénérescence enkystée des ovaires; mais la dégénérescence enkystée des reins est un mai sans remède, lorsqu'elle est arrivée au point où elle peut être reconnue ou soupçonnée pendant la vie. • Il suit de là que les préparations iodées peuvent être mises en usage comme traitement, mais qu'on ne doit guère compter sur leurs bons effets.

⁽V) Milth. aus dem Gebiele der gesamm. Heilk.

⁽²⁾ Voy. Traite des maladies des reins, t. 111, p. 519.

⁽³⁾ Voy., pour plus de détails, RAYER, vol. 111, p. 507 et suiv.

ARTICLE X.

HYDATIDES DES REINS, OU KYSTES ACÉPHALOCYSTIQUES.

§ I. — Définition; fréquence.

Voici la définition des kystes acéphalocystiques des reins, telle que l'a donnée M. Rayer: « Les kystes acéphalocystiques des reins sont des poches développées dans l'épaisseur de ces organes, ordinairement tapissées intérieurement par une matière jaunâtre, et qui contiennent une ou plusieurs vessies, libres, non adhérentes, à parois blanches, semi-transparentes, élastiques, tremblantes sous le doigt, et remplies d'un liquide clair et ténu. » Il faut ajouter, d'après les recherches de M. Livois, que ces vessies renferment des échinocoques.

Les acéphalocystes sont très rares chez l'homme, et si l'on en trouve dans les auteurs un assez grand nombre d'exemples, c'est que les cas qui se sont présentes à l'observation ont en général été publiés avec empressement.

& II. - Causes.

Les causes des kystes acéphalocystiques des reins sont très peu connues. • Plusieurs fois, dit M. Rayer, ils ont paru se développer à la suite de chutes ou de contusions sur les lombes. • Ce n'est que par analogie, et en appliquant à l'homme ce que l'on a observé chez le mouton, qu'on peut penser qu'une maurais nourriture, le froid et l'humidité, favorisent le développement de cette maladie.

S III. — Symptômes.

Il faut que les acéphalocystes aient un certain développement pour déterminer des phénomènes appréciables. C'est donc là une de ces maladies dont le début est latent, et qui restent à cet état pendant un temps plus ou moins long.

Lorsque les kystes acéphalocystiques ont acquis un développement considérable ou sont très nombreux, les accidents qu'ils occasionnent sont très différents, aissi que M. Rayer le fait remarquer avec juste raison, suivant que ces productions morbides sont intactes au milieu de la substance rénale, ou qu'elles se sont frayé un passage dans les conduits urinaires.

Quand les kystes sont intacts, ils ne donnent lieu qu'à des symptômes peu intenses et peu remarquables. Ce n'est pas une véritable douleur, mais la simple géar qui suit la distension des organes, qu'on observe dans la région lombaire. Cepesdant il peut arriver, comme dans les acéphalocystes du foie, que les kystes s'enflamment et occasionnent de cette manière une véritable douleur, sans que pour cela ils se soient ouverts dans les conduits urinaires. Nous verrons plus loin quels sont les accidents qui sont ordinairement la suite de cette inflammation.

Par suite du grand nombre ou du grand développement des acéphalocystes, il peut survenir une tumeur appréciable par la palpation et ordinairement doulou-reuse; mais il est rare qu'en pareille circonstance il n'y ait pas une inflammation de la substance rénale et un abcès consécutif; nous y reviendrons.

On n'a rien remarqué du côté de la sécrétion urinaire; ce qui tient sans doute a ce que presque jamais les acéphalocystes ne se montrent dans les deux reins, et que le rein sain, redoublant d'activité, sussit à maintenir cette sécrétion à l'état normal. Toutesois il saut reconnaître que la maladie n'a pas été étudiée sussissamment sous ce rapport.

Quand les kystes se rompent dans les conduits urinaires, on observe des symptômes remarquables. Cette rupture est précédée d'une douleur rénale plus ou moins vive et de plus ou moins longue durée, qui résulte du travail incessant que détermine vers le bassinet le développement du kyste. Alors aussi l'organe est souvent gonfié de manière à être facilement reconnu par la palpation convenablement pratiquée. La pression augmente la douleur d'une manière très notable; c'est du moins ce qui avait lieu dans plusieurs des cas cités par les auteurs.

On a dit que la percussion pouvait être très utile, en déterminant dans la tumeur le bruit hydatique (1), caractéristique de la lésion qui nous occupe; mais on a raisonné par analogie, car je n'ai pas vu d'exemple de l'application de ce pròcédé d'exploration aux tumeurs hydatiques des reins. La percussion doit assurément être pratiquée, car la production de ce bruit serait utile au diagnostic; mais il ne faudrait pas s'attendre à le produire infailliblement, puisque, dans des cas de tumeurs hydatiques développées dans d'autres organes, nous avons vu que la percussion était souvent impuissante.

Les phénomènes survenus dans l'excrétion de l'urine sont, sans contredit, les plus importants. Après une durée plus ou moins longue des symptômes précédents, on observe l'expulsion des acéphalocystes qu'on retrouve dans l'urine. Cette expulsion se sait de deux manières très dissérentes: quelquesois elle a lieu sans douleur, ce qui est fort rare, surtout à la première attaque, dans laquelle se produisent la perforation des parois du bassinet et l'irruption des hydatides dans le conduit urinaire, ce qui occasionne ordinairement les accidents de la colique néphrétique. Lorsqu'au contraire il y a déjà communication du foyer acéphalocystique avec la cavité du bassinet, on conçoit très bien que les hydatides peuvent entrer facilement dans cette cavité, et de là s'échapper, sans accident, au dehors, si elles ne sont pas trop grosses et si les conduits sont suffisamment larges. Cette émission d'hydatides sans douleur réelle a été observée presque uniquement chez les femmes. J'ai montré, il y a quelques années, à la Société anatomique (2) un grand nombre d'hydatides rendues par une femme de trente-cinq à trente-six ans qui n'éprouvait aucune douleur en urinant, quoiqu'à chaque émission on trouvat dans l'urine, pendant les attaques, jusqu'à douze et treize hydatides de la grosseur d'une noisette à une petite noix.

D'autres causes peuvent encore donner lieu à la colique néphrétique dans les cas d'hydatides expulsées par les urines. Ces corps trop volumineux peuvent être arrêtés dans l'uretère qu'ils traversent péniblement et lentement, ou bien dans le canal de l'urètre, surtout s'il existe un rétrécissement. Ce sont alors des douleurs vives dans le trajet des conduits, l'ischurie, la rétraction des testicules, l'engour-dissement de la cuisse, les hoquets, les nausées, les vomissements, en un mot, je le répète, les symptômes de la colique néphrétique que je décrirai longuement dans un des articles suivants, et qu'il serait par conséquent inutile d'indiquer ici avec de plus grands détails.

Les acéphalocystes contenus dans l'urine sont souvent très nombreux. J'en ai cité plus haut un exemple, et l'on en trouve de semblables dans les auteurs. Un

⁽¹⁾ Voy. Hydatides du foic.

^{2 ·} Bulletin de la Société anulomique.

des plus remarquables est celui qui a été rapporté par M. Weitenkapf (1); le sujet rendait en esset chaque sois jusqu'à cinquante ou soixante hydatides. Quelquesois il n'y en a qu'une seule à chaque émission.

Leur volume varie entre celui d'un pois et celui d'une noix, du moins on n'a pas cité d'exemple d'hydatide plus volumineuse rendue par les urines. Les plus grosses sont ordinairement vides et opaques. C'est un indice qu'elles étaient déjà malades ou qu'elles ont été crevées, depuis un temps assez long, dans leur passage à travers les conduits urinaires. Il n'est pourtant pas sans exemple que des acéphalocystes de la grosseur d'une noix aient été rendus vivants, et par conséquent pleins. C'est ce qu'on observait dans le cas cité par M. Weitenkapf, et que je viens de mentionner. On a peine à comprendre au premier abord, sans doute, comment des corps aussi volumineux peuvent franchir l'uretère et l'urêtre; mais il faut se rappeler que ces vers sont élastiques, qu'ils s'allongent facilement, qu'ils peuvent par là perdre une très grande partie de leur diamètre, et l'on conçoit que, la dilatation des conduits aidant, leur expulsion ait lieu sans trop de difficulté. N'oublions pas d'ailleurs les accidents de colique néphrétique qui accompagnent si fréquemment cette expulsion. Les petites hydatides sont rendues entières, à moins que l'inflammation ne les ait détruites dans le kyste. On les voit dans l'urine, arondies, blanches, demi-transparentes, élastiques, et si on les examine au microscope, on leur trouve les caractères signalés par M. Livois (2).

L'urine contient en outre des matières qui décèlent l'inflammation préalable à la perforation des conduits urinaires. On y a trouvé du sang après les douleurs violentes, une sanie putride et enfin du pus. Il en résulte des dépôts plus ou moins abondants, facilement reconnaissables à leur aspect, et qu'on distingue bien mieux encore à l'aide du microscope qui fait voir les globules sanguins et purulents.

Les phénomènes qui viennent d'être décrits ne se produisent pas d'une manière continue. Ordinairement après un, deux ou trois jours, les urines cessent de contenir des acéphalocystes, et les symptômes que nous avous dit appartenir aux hydatides restées intactes dans la substance rénale persistent seuls. Ce sont la gène dans la région lombaire, un malaise général, une tristesse plus ou moiss grande et un dépérissement lent. Il faut y joindre, dans un assez bon nombre de cas, la présence d'une matière sanieuse et purulente dans l'urine, parce que si le foyer cesse de verser des acéphalocystes, il rejette néanmoins le produit purulent de la sécrétion de ses parois. Quelquesois cependant tous les symptômes disparaissent et le malade semble revenir à la santé, lorsqu'au bout d'un temps variable, et qui peut n'être pas plus long que quinze jours eu un mois, les accidents reparaissent et des acéphalocystes sont de nouveau rejetés par les urines.

Mystes hydatiques s'ouvrant à l'extérieur. Dans quelques cas, les choses & passent différemment, et l'on observe des phénomènes semblables à ceux que nous avons décrits à propos des hydatides du foie, lorsque le foyer hydatique s'ouvre au dehors. Le travail de perforation que nous avons vu se faire vers le bassinet, se fait vers la surface du rein. En pareil cas, l'inflammation est ordinairement considérable; elle gagne bientôt les membranes rénales et le tissu cellu-

¹⁾ Provin. Sanitacts-berichte, etc., 1835.

¹² Noz. Hydalides du foic.

laire abondant qui recouvre l'organe en arrière. La douleur devient vive et continue; elle est ordinairement pulsative, comme dans tous les cas où il existe une inflammation suppurative. Bientôt le point de la région lombaire correspondant à l'affection devient tuméfié, pâteux, d'une rougeur obscure. Les limites de ces altérations ne sont pas bien circonscrites, et enfin on finit parsois par sentir un fluctuation prosonde, mais l'empâtement œdémateux peut être le seul signe auquel on puisse reconnaître la formation du pus. On trouve deux exemples des plus remarquables de ces abcès acéphalocystiques dans l'ouvrage de M. Rayer (t. III) qui les a extraits de la Bibliothèque médicale (1). Dans le premier de ces deux cas, rapporté par le docteur Jannin, chirurgien à Vallières, l'ouverture du soyer ayant été pratiquée à l'aide de l'instrument tranchant, il en sortit une multitude d'hydatides; dans le second, l'ouverture se sit spontanément après plusieurs années de douleur et de gonfiement lombaires.

Les symptômes généraux qui accompagnent cette inflammation du foyer et cette suppuration des reins ne sont pas toujours aussi intenses qu'on pourrait le supposer. Dans les deux cas qui viennent d'être cités, à peine y a-t-il eu, en effet, un peu de dérangement de la santé, même après l'ouverture de la tumeur. Cependant il est plus ordinaire d'observer le mouvement fébrile qui accompagne les suppurations considérables.

Nous avons vu plus haut (2) par quels symptômes se termine la maladic dans les cas où la dégénération complète des reins cause la mort. Dans ceux où les hydatides sont rejetées au dehors, soit par les urines, soit en se frayant un passage à travers les parois lombaires, on voit ordinairement, après l'expulsion d'une quantité plus ou moins grande de ces vers, tous les symptômes s'amender. La gêne de la région rénale, et la tumeur, s'il en existait une appréciable, diminuent sensiblement; les urines sont plus faciles; ou bien la suppuration de la plaie extérieure diminue, n'est plus sanieuse, et ne contient plus d'hydatides; l'appetit, la gaieté, les sorces reviennent, et le malade guérit promptement. Cette amélioration est ordinairement beaucoup plus marquée, dès son début, que celle qui survient dans l'intervalle des attaques, dans les cas d'expulsion des hydatides par les urines, ce qui peut faire reconnaître qu'on n'a plus à craindre d'accidents graves. On conçoit cependant qu'il n'y a rien de positif dans cette induction, puisque, comme je l'ai sait remarquer, il pent arriver que tont phénomène morbide disparaisse, quoiqu'il se prépare, pour un temps plus ou moins éloigné, une nouvelle expulsion d'acéphalocystes par les voies urinaires.

Quelquefois on a vu la tumeur s'enflammer sans s'ouvrir ni dans le bassinet, ni à la surface externe du rein; des symptômes plus ou moins intenses (douleur, fièvre, etc.) se produire, puis diminuer, disparaître au bout d'un temps plus ou moins long, et tout rentrer dans l'ordre. En pareil cas, le kyste se rétrécit peu à peu, et finit par s'oblitérer. On a vu aussi des sujets présenter pendant un temps variable des douleurs rénales peu intenses et mal caractérisées qui ont fini par se dissiper; il est probable que, dans un certain nombre de ces cas, il a existé des kystes hydatiques qui se sont terminés par ces incrustations calcaires que j'indiquerai plus loin.

^{(1) 1805,} t. X: 1811, t. XLIII.

⁽²⁾ Kystes simples des reins, p. 153.

Enfin, on a cité des cas où le foyer hydatique s'est ouvert dans d'autres voies pour se porter à l'extérieur (dans l'intestin, l'estomac, et même les voies respiratoires îl se passe, dans ces cas exceptionnels, ce que nous avons déjà plusieurs fois signalé dans les abcès du foie, de la rate, etc., et qu'il serait, par conséquent, inmit de reproduire ici.

S IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est ordinairement très lente. Dans les premiers temps, est impossible de la suivre, puisque la lésion ne donne lieu à aucun symptôme. Lorque les sujets succombent, les hydatides étant restées intactes dans la substance rinale, la marche de la maladie devient bien plus rapide vers la fin, à l'époque où l'os pu parvenir à diagnostiquer le mal, ou du moins à le soupçonner. Dans les cas où hydatides sont rejetées au dehors par les urines, la marche de l'affection est remaquable par ces espèces d'attaques que j'ai maintes fois signalées. Dans ceux ou foyer s'ouvre au dehors par les parois lombaires, la marche devient aigué pendant période de suppuration; puis, lorsque l'ouverture est faite, il y a une suppuration prolongée. Enfin, dans les cas de perforation faisant communiquer le foyer avec un autre cavité que celle du rein, on peut observer des phénomènes intermittent analogues à ceux que j'ai décrits à propos de l'ouverture dans les conduits urinaires

La maladie peut durer des années entières. Les saits que nous connaissons provent que cette durée est toujours très longue.

Nous avons vu que la terminaison était fatale dans quelques cas où les hydatide ne trouvant pas d'issue au dehors, et envahissant tout l'organe, la sécrétion un naire devait être extrêmement gênée. Dans les cas, au contraire où ces vers se rejetés, soit par les voies urinaires, soit par une ouverture des lombes, la guérie est très fréquente, du moins si l'on s'en rapporte aux cas que nous connaissons de prétends pas néanmoins donner cette conclusion comme très positive; car serait fort possible que beaucoup de cas de non-guérison n'eussent pas été puble tandis qu'on s'est empressé de faire connaître ceux qui ont eu une heureuse issue je voulais seulement faire remarquer que la terminaison par guérison, dans les caparticuliers dont il s'agit, n'est pas aussi rare que le dit Boyer (1).

§ V. - Lésions anatomiques.

On ne trouve ordinairement de kystes acéphalocystiques que dans un sent de deux reins; et, comme le fait remarquer M. Rayer, « dans la cavité du kyste, le acéphalocystes sont presque toujours multiples. » Voici comment le même auteur décrit d'une manière générale la poche rénale qui constitue le kyste. « Elle est forme de le substances rénales atrophiées et anémiques, visibles et distinctes encor dans quelques points, et, en quelques autres, réduites à une simple trame celleuse, infiltrée çà et là d'une matière jaunâtre accidentelle, et formant une sort de membrane grisâtre à l'extérieur et jaunâtre à la coupe; 2° par un véritable kyste à parois fermes et fibreuses, dont la surface interne, un peu inégale et jaunâtre, offre, par places, des brides celluleuses plus denses que les parois, avec des enforcements, les uns larges et profonds, les autres plus petits et digitiformes.

- » En contact avec cette surface, mais sans aucune adhérence avec elle, on trouve dorsqu'il ne s'est opéré aucun travail de désorganisation dans l'intérieur du kyste
 - 1) Fratté des malad. chirurg., 1º édit., t. VIII, p. 541.

me grande poche molle et membraneuse, dont les parois sont formées d'une subtance particulière, diaphane, semblable à du blanc d'œuf médiocrement cuit, ou mieux à du blanc d'œuf coagulé par la potasse caustique. Cette substance, très l'astique, peut s'allonger jusqu'à un certain point sans se rompre, et alors, abanconnée à elle-même, elle offre un tremblotement remarquable.

» Quelquesois légèrement jaunâtre, cette substance est ordinairement blanchâtre, evec une teinte bleue légère; mais quelle qu'en soit la couleur à la lumière résie, cette matière est constamment d'une belle couleur jaune-citron à la lumière résractée. Cette poche membraneuse (acéphalocyste mère de quelques auteurs) peut être séparée en plusieurs lames, comme si elle était composée de couches superposées. »

On voit par cette description que les kystes acéphalocystiques des reins ne different pas de ceux que nous avons trouvés dans d'autres organes. Il en est de même des hydatides qu'ils renferment. On y trouve ces vers en nombre souvent fort grand et de diverses grosseurs. Saines, les hydatides sont arrondies, très élastiques; altérées par l'inflammation, elles sont vides, flétries, nageant dans le pus. On voit, en outre, les adhérences avec le bassinet qui précèdent la perforation; parfois un retrait du kyste, qui le rend irrégulier. Parfois aussi ce kyste s'encroûte d'une matière crétacée, qui s'empare également de la place qu'occupaient les acéphalocystes, et ceux-ci sont plus ou moins complétement détruits. Il ne faut pas confondre l'incrustation crétacée avec les granules qu'on observe dans les parois du kyste non altéré.

Je n'insiste pas davantage sur ces altérations qui ne nous offriraient pas de nouvelles considérations importantes. Je dirai seulement que tantôt on trouve de petits kystes isolés, tantôt une réunion de plusieurs kystes, et que parfois le rein en est rempli, d'où résulte une déformation très considérable et une grande augmentation du volume de cet organe:

§ VI. — Diagnostic.

Le diagnostic de cette affection est extrêmement difficile jusqu'au moment où les hydatides sont rejetées à l'extérieur par une voie quelconque. L'existence d'une tumeur avec gêne dans la région lombaire est loin de suffire pour saire reconnaître la présence des kystes acéphalocystiques. Cependant s'il n'y a eu ni douleur dans les membres inférieurs, ni rétraction du testicule, ni mouvement fébrile, comme dans la néphrite; ni hématurie, comme dans le cancer; ni colique néphrétique, comme dans les calculs rénaux, il est permis de soupçonner l'existence de kystes dans les reins; mais il ne saut pas oublier que des kystes simples peuvent avoir leur slége dans cet organe, et si des hydatides n'ont pas été rejetées, on ne peut se prononcer d'une manière précise sur la nature de l'affection.

Lorsque la tumeur occupe le rein droit, on peut croire à l'existence de kystes acéphalocystiques du foie. Il faut tenir compte, en pareil cas, du siège de la tumeur, qui est plus inférieur et plus postérieur dans les hydatides des reins, et de l'absence ou de l'existence de l'ictère.

Quand des acéphalocystes sont rendus avec l'urine, on peut se demander encore si ces corps ne viendraient pas d'un soyer voisin de la vessie et ouvert dans cet organe. La douleur présiable des lombes, la palpation de la région lombaire, et

pour contre-épreuve celle de l'hypogastre, sourniront les lumières qui dirigeront le médecin dans son diagnostic.

Ensin, lorsqu'il se forme à la région lombaire une tumeur fluctuante, on peut à demander s'il s'agit d'hydatides ou d'un abcès dû à une simple inflammation de reins. Mais, si l'on n'a pas oublié que les abcès des reins sont presque constanment causés par la présence des calculs rénaux, on verra qu'il est difficile de ton ber dans l'erreur à ce sujet. La colique néphrétique causée plus ou moins fréquenment par les calculs, l'expulsion des graviers par les urines, suffirent pour éloigner l'idée d'un abcès produit par une inflammation simple.

Il ne faudrait pourtant pas conclure, de ce que je viens de dire, que je regarde le diagnostic des acéphalocystes des reins comme bien établi, même dans les ca que je viens de déterminer. Les observations que nous possédons ne sont pas aux nombreuses pour nous permettre de lever les nombreuses difficultés qui l'entorent. J'ai voulu seulement faire connaître les principales données d'après lesquelle on pourra porter son jugement.

Pronostic. On a vu plus haut, à propos de la terminaison de la maladie, que per ne regardais pas le pronostic comme aussi défavorable qu'il paraît l'être d'apre plusieurs auteurs, et en particulier d'après Boyer. M. Rayer, en étudiant les fais est arrivé à la même conséquence. Voici comment il s'exprime à ce sujet : • A en juger par la marche de la maladie dans la plupart des cas de kystes acéphalocystique des reins qui ont été publiés jusqu'à ce jour, le pronostic de ces espèces de umeurs serait généralement moins grave que celui des tumeurs rénales formées à suite des pyélites. Chose remarquable, les kystes acéphalocystiques des reins on comme les kystes acéphalocystiques qui se développent dans les autres organs une grande tendance à s'enslammer, à se perforer et à revenir sur eux-mêmes lorqu'ils se sont complétement vidés. Aussi les exemples de guérison des tumeurs renales, après l'évacuation d'hydatides par les voies urinaires, ne sont-ils pas tre rares. Mais, dans un cas donné, on ne peut préjuger l'époque à laquelle une sentiable évacuation aura lieu.

Il résulte de tout cela que l'évacuation des hydatides, soit par les urines, soit comme on peut s'en convainere en se rappelant les faits cités plus haut, par un ouverture à la région lombaire, est, toutes choses égales d'ailleurs, la circonstant qui doit rendre le pronostic le moins grave.

§ VII. - Traitement.

Il faut d'abord établir, avec M. Rayer, une division essentielle pour le traitement. Celui-ci, en essent est dissérent suivant que les kystes sont intacts, responses, ouverts dans le bassinet, près de s'ouvrir, ou bien ouverts à l'estrieur à travers les parois lombaires. Disons comment on doit agir dans ces disere circonstances.

la surface du rein et dans le tissu environnant, les auteurs sont d'avis de n'employer aucun moyen bien actif, et l'on peut ajouter que cette recommandation es généralement inutile, attendu que souvent le diagnostic ne peut pas être porté, or qu'on n'est consulté par le malade qu'à l'époque où les hydatides sout expulsés par les urines ou ont occasionné l'inflammation des parties environnantes. Cependant

na a proposé quelques moyens qui pourraient s'appliquer aux cas où l'on soupçonnerait la présence des acéphalocystes dans les reins.

Un des principaux est la térébenthine. Le docteur Moreau, médecin à Vitry-le-Français, a rapporté un cas (1) cité ensuite par M. Rayer, et dans lequel on a cru pouvoir attribuer la guérison à la térébenthine. Mais il ne s'agit pas, daus cette observation, d'une tumeur restée intacte, puisque le malade avait rejeté des hydatides avec les urines. Toutefois on serait facilement l'application du remède aux tumeurs qui ne sont pas rompues, si l'on pouvait voir dans ce fait autre chose qu'une coincidence. Mais un seul fait n'est-il pas entièrement insuffisant lorsque nous savons que la simple expulsion des hydatides par les voies urinaires est souvent suivie de guérison? Et cette expulsion n'eût-elle pas même eu lieu, on ne pourrait encore attribuer d'une manière absolue la guérison à l'usage de la térébenthine, puisqu'il est avéré que des tumeurs hydatiques peuvent, sans se rompre, se flétrir, s'incruster, se remplir de matière crétacée, s'atrophier, et finir par se cicatriser ou par ne plus former qu'un noyau inerte, dont l'innocuité est constatée par l'expérience. Qu'il nous suffise donc de savoir que le docteur Moreau a donné l'huile essentielle de térébenthine à la dose de 80 centigrammes chaque jour en quatre prises.

On peut voir dans l'article que j'ai consacré aux hydatides du foie les divers moyens internes dirigés contre ces vers vésiculaires et les réflexions que j'ai présentées à l'occasion de ce traitement. On en fera facilement l'application aux hydatides des reins. Je me borne ici à énumérer ces moyens : ce sont les désobstruants, les fondants, les purgatifs, les vomitifs, le colomel, divers anthelmintiques, l'eau de mer, les préparations d'iode. Voici comment Boyer juge cette médication : Les vermisuges, dit-il, et le mercure lui-même que M. le professeur Baumes regarde comme doué de la propriété de détruire les vers vésiculaires, ou du moins de savoriser leur expulsion, sont des remèdes sur l'efficacité desquels on doit peu compter; cependant on peut y avoir recours lorsque rien n'en contre-indique l'usage. »

On trouve, il est vrai, parmi les faits cités par M. Rayer, une observation de M. Aulagnier (2) dans laquelle l'auteur paraît attribuer au traitement mercuriel l'expulsion des hydatides; mais nous savons que la perforation du bassinet et l'issue des acéphalocystes par cette voie sont un fait fréquent dans les cas où aucun traitement mercuriel n'a été prescrit, et rien, dans l'observation, ne prouve que ce traitement ait réellement favorisé la sortie des vers vésiculaires.

On n'a jamais, comme dans les hydatides du foie, pratiqué l'ouverture de la tuneur, dans des cas où elle n'avait pas encore occasionné une inflammation suppurative de la surface du rein et des parties adjacentes. Cependant on conçoit que si le diagnostic présentait, dans un cas donné, une assez grande certitude, on pourrait recourir à cette opération, afin de soustraire le malade aux chances de quelques accidents, comme ceux de la colique néphrétique causée par le passage de grosses hydatides dans les conduits urinaires, ou comme la rupture du kyste dans le péritoine, ce qui heureusement est fort rare. Les réflexions présentées à ce sujet par M. Rayer sont trop importantes pour que je puisse m'empêcher de les reproduire. « Si, dit-il, la tumeur enkystée est intacte, et qu'on soit parvenu à

⁽¹⁾ Bibliothèque médicale, septembre 1820.

⁽²⁾ Extraite du Journal génér. de médecine, t. LVI, 1816.

bien constater qu'elle est formée par un kyste acéphalocystique, on pourrait l'actorir à l'aide d'une incision et des caustiques, comme il a été indiqué à l'occasion des tumeurs formées à la suite de la pyélite; mais il est généralement préférabe d'attendre que la tumeur s'ouvre spontanément dans le bassinet et les calices. Le n'ai jamais, il est vrai, eu l'occasion d'ouvrir ainsi un semblable kyste développe dans les reins; cette pratique a été appliquée avec un succès incontestable aux kystes acéphalocystiques du foie, et certaines objections faites contre la néphrotome pratiquée dans le but d'extraire un calcul ne sont pas applicables aux kystes acephalocystiques des reins. Ainsi le kyste est presque toujours, sinon toujours, unque; il est voisin de la surface du rein; l'inflammation en est plutôt salutaire que fâcheuse, etc., et l'opération offrirait par elle-même peu de danger, à moins que le malade n'eût un très grand embonpoint.

Ces raisons semblent militer en saveur de l'opération; mais M. Rayer termise en répétant qu'il vaut mieux, en général, attendre l'ouverture dans le bassinet, es sorte que la question est encore en litige et ne pourra être résolue que par l'expérience, ou du moins qu'il saut regarder l'opération comme applicable seulemes à des cas particuliers qu'il est bien difficile de préciser ici. Quant au procédé opratoire, j'en parlerai au sujet de la pyélite calculeuse.

Dans le cas où la tumeur, quoique n'ayant encore subi aucune rupture, a cterminé l'inflammation du tissu qui environne le rein, on peut plus hardiment
tenter l'opération; mais on ne doit pas hésiter à y avoir recours lorsqu'il s'est
formé un véritable abcès reconnaissable à la fluctuation profonde ou du moins à
l'empâtement ædémateux de la surface lombaire correspondant à la tumeur.
C'est à l'incision qu'il faut avoir recours, comme dans les abcès ordinaires
mais comme il s'agit d'un foyer situé souvent très profondément, on ne doi
pas faire tout d'un coup une incision qui pénétrerait jusqu'à la poche hydauque; il vaut mieux, après avoir divisé les couches superficielles, explorer avec i
doigt les couches profondes, de manière à rechercher toujours la fluctuation avant
de les diviser successivement. Le fait rapporté par le docteur Jannin est un exemp.
de l'innocuité de cette opération en pareille circonstance.

Lorsqu'il y a perforation du bassinet et expulsion des hydatides par les voi surinaires, on conseille de favoriser cette expulsion à l'aide des diurétiques, et cette pratique est trop simple pour qu'il soit nécessaire d'y insister. Mais nous avons vu plus haut que la difficulté du passage des acéphalocystes par un cantétroit peut donner lieu à certains accidents. Lorsque les hydatides sont arrêter dans l'uretère, on observe la colique néphrétique; il faut alors insister sur en diurétiques et prescrire les narcotiques, l'opium en particulier, pour calmer les douleurs qui ne cessent complétement qu'après la sortie des vers vésiculaires du conduit trop étroit qu'ils doivent traverser. « Si, dit M. Rayer, un acéphalocyse, engagé dans l'urêtre, obstruait complétement le canal, on en faciliterait l'expussion en le déchirant ou en le perçant, comme M. Brachet l'a fait daps un cas.

Ensin, si l'ouverture du kyste se faisait dans le péritoine, on opposerait à la péritonite suraigue qui en serait la conséquence les moyens énergiques qui ont en indiqués à l'occasion de cette maladie (1).

⁽¹⁾ Voy. t. III, Périlonile par perforation.

ARTICLE XI.

STRONGLE GÉANT; SPIROPTÈRE; DACTYLIUS ACULEATUS.

Strongle géant. Cette espèce de ver, qui se rencontre très rarement, puisque il. Rayer a examiné trois mille reins d'homme et plus de cinq cents reins de hien sans le découvrir, se trouve néanmoins bien plus souvent chez ce dernier mimal que chez l'homme. Il a une certaine ressemblance avec l'ascaride lombrivoide, avec lequel il a été fréquemment confondu. Voici ses caractères tels qu'ils sont donnés par M. Rayer: « Corps cylindrique, élastique, atténué aux deux extrémités; queue du mâle terminée par une bourse, du milieu de laquelle sort une verge unique. »

On ne sait rien sur les causes de cette production morbide vivante. Quant aux symptômes, ils sont ceux de l'inflammation du rein et surtout de l'inflammation du bassinet. Dans les cas cités par les auteurs, les vers étaient ordinairement expulsés avec les urines. Parfois néanmoins ils donnent lieu à l'inflammation de l'organe, qui se communique au tissu environnant, et de là un abcès lombaire, par l'ouverture duquel les vers sont expulsés. Dans quelques cas, et la première observation de M. Rayer (1) empruntée au docteur Moublet (2) en est un exemple bien remarquable, il y a à la fois issue de ces vers par les urines et par un abcès ouvert aux lombes.

Je n'ai pas besoin de décrire les symptômes dans les cas de tumeur inflammatoire. Ils ne paraissent différer de ceux que nous avons trouvés dans les cas analogues d'acéphalocystes, que par la plus grande violence de la douleur. On peut en juger par les exemples suivants:

M. le docteur Aubinais (3) a rapporté un cas de strongle géant observé chez un homme de cinquante-sept ans. Les symptômes furent une douleur rénale brûlante s'irradiant vers la vessie, des vomissements, de la fièvre. Les seuls moyens qui procurèrent du soulagement furent l'opium à haute dose, l'eau distillée de lauriercerise, l'éther sulfurique et l'essence de térébenthine. Le malade mourut après trois ans de souffrances atroces. A l'autopsie on trouva le rein flasque, irrégulier, bosselé, et contenant un entozoaire encore vivant, rouge, du volume du petit doigt d'un enfant de trois ans, et d'un peu moins de seize pouces de long.

Un autre cas bien remarquable a été observé par M. le docteur Arlaud (4) sur une fille de vingt-six ans. Dans l'espace de deux ans la malade rendit un nombre considérable de ces animaux au milieu d'accidents très variés et de douleurs vives. Plusieurs fois les vers s'arrêtèrent dans le canal de l'urètre, et il fallut les extraire avec la pince de Hunter ou la pince à trois branches. Une fois la pince amena un tube membraneux à parois résistantes que M. Ségalas, rapporteur du mémoire de M. Arlaud, a reconnu pour l'enveloppe membraneuse d'un strongle très volumineux; enfin, d'autres corps de texture sibreuse et charnue, dont l'un représentait le segment transversal d'un conduit de 4 centimètres de diamètre, et que le rap-

⁽¹⁾ T. III, p. 732.

⁽²⁾ Journ. de méd. et de chir., juillet 1758.

⁽³⁾ Journ. de la Société de méd. de la Loire-Inférieure, 106° livr., 1846.

⁽⁴⁾ Observation de strongles géants sortis des roies urinaires d'une femme (Bulletin de l'Académie de médecine; Paris, 1846, t. XI, p. 446).

porteur croit être un débris d'un organe voisin du rein ou du rein lui-même, mais sur lequel il ne se prononce pas définitivement.

Des hématuries fréquentes, des douleurs vives dans la région du rein droit, dans le trajet des uretères, dans la vessie, dans le membre abdominal droit, un état général de souffrance et de dépérissement, avec des alternatives de mieux et de plus mal, des phénomènes nerveux variés, sont les principaux symptômes que présentait la malade.

Quant aux cas où les strongles sont rejetés par les urines, leur entrée dans l'uretère peut occasionner les accidents de la colique néphrétique.

Le traitement du strongle qui ne donne pas lieu à la sormation des abcès doit être cherché dans les moyens anthelmintiques que j'ai déjà indiqués (1). Le abcès causés par ces vers doivent être ouverts comme ceux qui résultent de acéphalocystes. Enfin quand les entozoaires s'arrêtent dans le canal de l'urêtir. il saut les extraire avec la pince de Hunter ou la pince à trois branches, comme l'a fait M. Arlaud.

On a trouvé d'autres vers dans l'urine de l'homme. Ce sont le spiroptère (2) « le dactylius aculeutus (3). Mais il est plus que douteux que ces entozonie vinssent des reins; M. Rayer doute même que les corps décrits sous le nom de spiroptères soient des vers; enfin, nous n'avons nécessairement que des données fort insuffisantes sur les symptômes que ces entozoaires peuvent produire: « sont autant de motifs qui m'engagent à passer outre.

M. Rayer, qui n'a voulu négliger aucune des conditions anormales où se troncis les reins, a en outre parlé du déplacement de ces organes, de l'absence de l'udeux, de leur fusion, etc.; mais ces vices congénitaux ne doivent pas nor arrêter dans un traité pratique. Je dirai seulement un mot de la mobilité de reins, sur laquelle nous possédions déjà des notions anciennes, mais dont M. Rayer nous a fourni des exemples bien plus précis et plus détaillés que ceut que nous connaissions.

ARTICLE XII.

MOBILITÉ DES REINS.

La mobilité des reins paraît n'avoir guère d'importance pour le praticien qu'en qu'elle peut donner lieu à des erreurs de diagnostic. Cependant elle cause des accidents peu graves en apparence, mais sérieux par leur continuité; et, d'un autre còté. il en résulte une tumeur pour laquelle on peut prescrire un traitement nuisible: il faut donc être prévenu, sous peine d'agir d'une manière préjudiciable au malade En outre, ensin, un bon moyen de contention est une précaution très efficace. Le raisons m'engagent à présenter intégralement le résumé qui nous a été donné par M. Rayer (4) des cas soumis à son observation.

« En résumé, dit-il, la mobilité des reins constitue un état morbide qui a de peu étudié et qui est beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense communément. Le

⁽¹⁾ Voy. Vers intestinaux.

⁽²⁾ LAWRENCE, Cas d'une semme qui a rendu un grand nombre de vers par l'urêtre 'Mester' de l'anne de l'une semme qui a rendu un grand nombre de vers par l'urêtre 'Mester'. Transact.; Loudou, 1817, t. 11, 5° édit., p. 385.

⁽³⁾ CURLING, Case of a girl, etc. (Med.-chir. Transact., t. NXII, 1839.

⁽⁴⁾ Traité des muladies des reins : Paris. 1841, t. III, p. 800.

rein droit est presque exclusivement le siège de cette anomalie; elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

- Causes. Le plus souvent elle coıncide avec une augmentation de volume du foie, avec un déplacement de l'intestin, ou avec un déplacement de l'utérus; elle peut aussi être la conséquence d'une disposition particulière du péritoine, d'une déviation du rein, d'une flexuosité de ses vaisseaux, etc. Des grossesses multipliées, des efforts pour porter ou soulever des fardeaux, ont paru, dans quelques cas, être la cause de ce déplacement du rein droit, qui, dans d'autres cas, n'a pu être expliqué.
- * Symptômes. Une douleur dans la région lombaire droite, se propageant quelques dans la direction des ners lombaires et cruraux, douleur qu'on peut réveiller lorsqu'elle est assouple, en comprimant le rein avec les doigts de la main droite, la main gauche soutenant les lombes en arrière, et un sentiment habituel de faiblesse et de malaise dans le bas-ventre, sont les symptômes les plus ordinaires de cette maladie.
- Parsois il s'y joint les phénomènes d'une péritonite déterminée probablement par les tiraillements qu'entraîne la mobilité du rein. D'autres sois ce sont comme des coliques nerveuses et d'autres accidents analogues à ceux dont se plaignent les hypochondriaques, surtout lorsque les malades, en s'explorant le ventre, y ont rencontré une tumeur sur la nature de laquelle ils sont d'autant plus inquiets, que le plus grand nombre des médecins ne la connaissent pas. J'ai déjà dit que deux médecins atteints d'une semblable mobilité du rein droit étaient tombés dans un grand découragement, et que l'un d'eux, essrayé de ce qu'il portait une tumeur dans le ventre, tumeur qu'il croyait être une lésion organique, avait quitté momentanément sa prosession.
- * Traitement. Il est inutile de rappeler que les traitements les plus bizarres et quelques ois les plus douloureux ont été appliqués à ces prétendues tumeurs. L'expérience m'a démontré qu'il suffisait le plus souvent de maintenir le ventre par une ceinture convenablement appliquée pour saire cesser ou rendre supportable la douleur occasionnée par un rein mobile. Dans deux cas où cette mobilité coïncidait avec un abaissement de l'utérus, le repos sur un lit horizontal et l'emploi de douches sulfureuses en arrosoir ont été très salutaires.
- » Lorsque les douleurs lombaires sont très aiguës, et lorsqu'il existe des symptômes de péritonite ou d'entérite concomitantes, l'application d'un certain nombre de sangsues ou de ventouses scarifiées, des topiques émollients on narcotiques et les bains tièdes peuvent être momentanément utiles.
- Les exercices du corps, la course, la danse, le saut, l'équitation sont nuisibles. La constipation, lorsqu'elle existe, doit être combattue par des laxatifs pour prévenir les douleurs qu'amènent souvent les efforts de garde-robe.

CHAPITRE II.

MALADIES DES CONDUITS URINAIRES.

On a vu plus haut les motifs qui m'ont engagé à séparer les affections du tissu propre des reins de celles qui ont leur siége dans les cavités où est versée l'urine.

į

Ce n'est pas que je regarde cette division comme tout à fait rigoureuse. Je sais bien qu'il est rare que ces diverses parties constituantes d'un même organe ne soient pas atteintes à la fois par la maladie; mais celle-ci occupant, dans les divers cas, d'une manière presque exclusive une de ces parties, il m'a paru utile pour la clarté des descriptions de ne pas confondre, comme on le faisait anciennement, des affections qui, par cela seul qu'elles ont un siège particulier, ont aussi une gravité et de symptômes très différents, et, ce qui est plus important encore, exigent parfois, dans leur traitement, des moyens spéciaux. Je vais dans ce chapitre faire l'histoire de maladies suivantes: hémorrhagie rénale; pyélite aiguë et chronique; gravelle: calculs rénaux rétention de l'urine dans le rein. Cette division est semblable. comme on le voit, à celle que j'ai suivie dans la description des affections de voies biliaires (1), avec lesquelles celles que je vais décrire ont une si grande analogie. La pyélite correspond, en essent la l'inflammation de la vésicule du fiel; les calculs rénaux, aux calculs biliaires, et la rétention de l'urine dans le rein. à la rétention de la bile dans la vésicule.

Dans l'histoire de la pyélite, on trouvera ce qui est relatif à l'inflammation de bassinet causée par la présence des calculs, c'est-à-dire à la pyélite calculeuse de M. Rayer et à la néphrite calculeuse des auteurs. Après la description des calculs rénaux, je présenterai tout ce qui est relatif aux accidents de la colique néphretique, qui n'est une conséquence ni de la pyélite ni de la néphrite, comme on pourrait le croire si l'on s'en rapportait aux expressions des auteurs, mais qui, comme ces inflammations, est le résultat de l'irritation, de la déchirure, de l'obstructor opérées par des corps étrangers, et principalement par les calculs arrêtés dans la partie supérieure des voies urinaires.

ARTICLE 1°.

HÉMORRHAGIE RÉNALE.

On a, jusqu'à ces derniers temps, décrit sous le nom générique d'hémature toutes les affections dans lesquelles du sang est rendu avec les urines, et un bon nombre d'auteurs se contentent encore de procéder de la même manière, se fordant sur la difficulté incontestable, dans certains cas, de reconnaître quelle est à partie des voies urinaires qui produit le sang excrété. Mais cette difficulté n'est painsurmontable dans un très grand nombre de cas, et pour la pratique. Les signe qui servent à caractériser les hémorrhagies ayant leur siège dans le rein lui-mème sont loin d'être indifférents. Il faut donc aujourd'hui cesser d'envisager d'une mière trop générale l'hématurie, symptôme commun à plusieurs affections diverse et rechercher dans les différents points des voies urinaires la véritable source de sang excrété.

Ce n'est pas, toutesois, qu'on n'ait sait depuis bien longtemps des essorts pour déterminer le siège de l'hématurie. Déjà Hippocrate avait cherché la solution de ce problème; deux de ses aphorismes (2) et quelques passages de ses autres ouvrages en sont la preuve. Après lui Russus a cherché à établir la même distinction et les auteurs des siècles passés, en suivant cet exemple, ont en outre rendu hier

⁽¹⁾ Voy. livre IV, Assections des annexes des roies digestices, chap. u, t. III, de cet ouvres.
(2) OEuvres complétes, trad. par Littré; Paris, 1844, t. IV, sect. 1V, aphorismes 78 et 50.

plus complète la description de la maladie. M. Rayer (1) est l'auteur qui, dans ces derniers temps, a étudié avec le plus de soin les hémorrhagies rénales.

Des divisions assez nombreuses ont été proposées pour la description de cette hémorrhagie. Celle de Sauvages ne contient pas moins de onze espèces que je n'indiquerai pas ici, parce qu'il n'y a pas un véritable intérêt à connaître ces distinctions subtiles, fondées sur les circonstances les plus légères, comme le vomissement provoquant lé pissement de sang, ou bien la couleur du liquide. Pinel avait proposé la division suivante: Hématurie constitutionnelle; H. accidentelle; II. succédanée; H. critique; H. symptomatique. Cette division, à quelques modifications près, est celle qui a été suivie par M. Rayer. Cet auteur admet en effet les trois espèces qui suivent: 1º Hémorrhagies rénales symptomatiques des lésions des reins; 2º Hémorrhagies rénales symptomatiques d'affections générales; 3º Hémorrhagies rénales essentielles. De ces trois espèces, la première correspond à l'hématurie symptomatique de Pinel; la seconde et la troisième à l'hématurie constitutionnelle. L'hématurie critique n'est plus admise aujourd'hui.

Ensin, les auteurs du Compendium ont proposé de diviser les néphrorrhagies ainsi qu'il suit : 1° Néphrorrhagie par altération des solides; 2° N. par altération du sang; 3° N. par simple lésion dynamique; 4° N. traumatique. Comme cette division ne fait que reproduire celle de M. Rayer en des termes moins généralement acceptés et compris, c'est celle de ce dernier auteur qui mérite d'être suivie. Du point de vue dont nous devons envisager l'affection, et d'après le plan de cet ouvrage, nous ne saurions cependant attacher une importance exagérée à cette division; il nous suffira de rappeler, chemin faisant, ce qu'elle présente de plus important pour la pratique.

S I. - Définition ; synonymie ; fréquence.

Je donne le nom d'hémorrhagie rénale à celle qui, ayant le rein pour siège, a pour principal symptôme l'écoulement du sang avec l'urine. M. Rayer et les auteurs du L'ompendium veulent qu'on entende également par ce mot l'infiltration du sang dans le tissu du rein lui-même ou sous ses membranes, mais j'ai exposé plus haut les raisons qui m'ont porté à décrire séparément cette infiltration sous le nom d'apoplexie rénale, et les auteurs que je viens de citer ont été forcés euxmêmes d'en faire autant dans le cours de leur article, ce qui prouverait que cette division est naturelle, quand même nous n'aurions pas pour le démontrer la différence des causes, des symptômes, de la marche, de la gravité de l'affection dans un nombre considérable de cas.

Cette maladie a été décrite sous les noms de mictus cruentus; mictio cruenta; sanguinis mictio; hématurie; pissement de sang. Borsieri (2) donne le nom d'hématurie proprement dite à celle qui a sa source dans le rein. J'ai dit plus haut les raisons qui doivent faire préférer les dénominations d'hémorrhagie rénale ou néphrorrhagie.

L'hémorrhagie rénale est loin d'être une maladie rare. Nous verrons plus loin que ses causes sont nombreuses et variées, et il n'est, par conséquent, pas étonnant

⁽¹⁾ Traité des malad. des reins, t. III. p. 326 et suiv.

⁽²⁾ Inst. med. praet., De mict. cruento.

que, sans pouvoir être rangée parmi les maladies les plus fréquentes, elle se présenté assez souvent à l'observation. Nous verrons aussi que dans nos climats l'hémorrhagie essentielle est rare, tandis qu'elle est fréquente dans un climat particulier : celui de l'île de France.

§ II. — Causes.

Les causes de l'hémorrhagie rénale n'ont pas été exposées d'une manière neue par la plupart des auteurs. Préoccupés de leurs divisions, ils ont, en général, négligé de rechercher les causes prédisposantes, que plusieurs se sont contentés d'indiquer d'une manière sommaire. Voyons ce que nous fournit de plus important l'état actuel de la science.

1° Causes prédisposantes.

Age. Suivant Boyer (1), « tous les âges sont sujets à l'hématurie, cependant on l'observe plus souvent chez les adultes et les vieillards que chez les jeunes gens »; mais cette proposition n'est pas applicable à une des hémorrhagies rénales les plus curieuses, c'est-à-dire à l'hémorrhagie essentielle qui existe d'une manière endémique à l'île de France et dans quelques autres pays. Les docteurs Chapotin (2) et Salesse (3) ont, en effet, constaté que, dès l'âge le plus tendre, un très grand nombre de sujets étaient attaqués de cette hématurie.

Sexe. Il en est de même du sexe. Si, dans nos climats, il est vrai de dire que les hommes sont plus sujets que les femmes à cette affection, parce que les lésions des reins, principale cause de l'hématurie rénale, sont plus communes chez les premiers, il n'en est pas ainsi à l'île Maurice, où l'hématurie est si souvent essentielle.

Constitution; tempérament. La constitution a été sort peu étudiée. On a dit, il est vrai, que les sujets affectés d'hématurie rénale sont, en général, saibles et d'une constitution détériorée; mais ces sujets ne sont observés qu'à une époque où la maladie des reins et la perte plus ou moins répétée de saug ont débilité l'orgnisme. Cette constitution acquise ne saurait, par conséquent, être rangée parailes causes prédisposantes. Quant au tempérament, on s'est borné à dire que le tempérament sanguin et pléthorique prédispose à l'hématurie; mais cette assertion a grand besoin d'être confirmée.

Causes diverses. Viennent ensuite une vie et une profession sédentaires, une grande irritabilité des organes urinaires, les excès de boissons alcooliques, l'abs des plaisirs vénériens, les affections morales vives (Boyer). Il n'est pas besoin de dire que ce ne sont là que de pures assertions, sondées tout au plus sur des impressions générales. On a encore indiqué, comme ayant une influence marquée se la production de l'hématurie, l'âge critique chez les semmes et une tendance se flux hémorrhoïdaire chez les deux sexes.

Saisons; climats. Nous ne connaissons rien de positif relativement à l'influence des saisons. Quant aux climats, j'ai signalé plus haut la disposition toute particulière des habitants de l'île Maurice (île de France) à être atteints de l'hémorrhage

⁽¹⁾ Traité des maladies chirurgicales, 4. édit., t. IX, p. 92.

⁽²⁾ Topogr. méd. de l'île de France, 1812.

⁽³⁾ Diss. sur l'hémat. ou pissement de sang : Thèce, Paris, 1834.

essentielle des reins. A Pavie, P. Frank a observé un cas d'urine laiteuse (1), et nous verrons plus loin que, dans les cas bien étudiés, cette espèce d'urine a été consécutive à une véritable hémorrhagie, ce qui pourrait porter à croire qu'une hématurie essentielle, comme celle de l'île Maurice, avait existé chez le sujet de cette observation. La même réflexion s'applique aux faits cités par les docteurs Sobrini, Simoni, Vallados, Roza, Meirelhes, dont M. Rayer a rapporté les opinions extraites d'un journal brésilien (Revista fluminense); peut-être aussi, comme le fait remarquer ce dernier auteur, faut-il regarder comme analogues aux faits signalés par les médecins de l'île Maurice et du Brésil ceux dont a parlé Chalmers (2), et qui ont été observés dans la Caroline du Sud.

Ensin, M. Rayer rapproche de ces hémorrhagies essentielles celles qui ont été étudiées dans la haute Égypte et dans la Nubie par le docteur Renoult (3), et que cet auteur attribue aux transpirations excessives, inévitables dans ce climat brûlant.

2° Causes occasionnelles,

Les contusions, les plaies des reins donnent ordinairement lieu à un écoulement de sang assez abondant par les voies urinaires. Les auteurs en ont cité de nombreux exemples. C'est là l'hématurie rénale traumatique.

Il faut rapprocher de ces causes les efforts violents, l'équitation prolongée, un royage dans une voiture rude. Le docteur Arau (4) a cité des cas où la cause de l'hématurie n'a paru être autre que l'équitation. En pareil cas, c'est à l'ébranlement violent et prolongé éprouvé par les reins qu'on doit attribuer l'hémorrhagie, et, comme on le voit, il y a dans cette cause quelque chose de traumatique. On a vu l'hématurie se produire dans les efforts de l'accouchement et du vomissement; mais il n'est pas certain que, dans un bon nombre des cas de ce genre cités par les auteurs, l'hémorrhagie ait eu réellement sa source dans les reins.

C'est encore par un esset qui peut être considéré comme traumatique, que des calculs, irritant la surface des bassinets, la déchirant même, donnent lieu à une hématurie quelquesois assez abondante.

Le passage suivant de M. Rayer fera connaître un certain nombre d'autres influences auxquelles on a attribué l'hématurie rénale. « Je termine, dit cet auteur, en mentionnant simplement certaines causes qui, après avoir agi sur l'organisme, et en particulier sur le sang, déterminent des hématuries presque toujours sort légères. Ainsi on a vu des individus froppés de la foudre rendre de l'urine par l'urètre (5). Certains médicaments âcres, donnés à grande dose, produisent quelquesois des hématuries. C'est ainsi que les cantharides (6) occasionnent des pissements de sang, soit lorsqu'elles sont administrées à l'intérieur d'une manière immodérée, soit, dans quelques cas rares, après l'application de larges vésicatoires. Le baume du

1

۲

1

⁽¹⁾ Traile de médecine pratique: Paris, 1842, t. 1, p. 394.

⁽²⁾ An account of the weather and dis. of South Carolina; Loudon, 1776.

⁽³⁾ Notice sur l'hémat, qu'éprouvent les Européens dans la haute Égypte et la Nubie (Journ, gén, de méd., 1, XVII).

⁽⁴⁾ Essai sur l'hématurie des militaires à cheval; Paris, 1811.

⁽⁵⁾ Gas. des hòp., 1831.

⁽⁶⁾ PARÉ, OEuvres complètes; Paris, 1810, t. III, p. 326. — FORESTUS, Obs. et eur. morb., t. II, p. 326.

Pérou paraît être dans le même cas. Par une mauvaise plaisanterie, dit P. Frank (1), on sit prendre à une personne du baume du Pérou pour du chocolat : au bout de quelques heures, il survint une hématurie.

« On a attribué des hématuries à l'usage immodéré de l'ail (Forest), des oignons,

des asperges et des poireaux; je n'ai rien vu de semblable.

» Je n'ai jamais observé de véritables hématuries comme effet d'un empoisonnement saturnin. Dans un seul cas de colique saturnine, que j'ai vu compliqué d'une hématurie, le pissement de sang a diminué graduellement pendant le traitement de la colique; mais plusieurs fois j'ai remarqué, dans l'empoisonnement saturnin, que l'urine était chargée d'une certaine quantité d'albumine.

Outre que la véritable influence de la plupart de ces causes est loin d'être bien déterminée, il est une réflexion qui s'applique aux divers cas qui viennent d'être mentionnés: c'est qu'il n'est nullement démontré que les hématuries causées par ces agents eussent leur source dans les reins, et que pour la plupart des cas, au contraire, ou peut présumer que le sang provenait de la vessie.

Dans les cas où l'on a vu l'hématurie succéder à l'usage immodéré de diurétiques autres que les cantharides, on peut néanmoins admettre que c'est par les reins que leur action s'est fait principalement sentir.

L'usage des drustiques a été également classé parmi les causes de l'hémturie.

On a encore cité la rétrocession de la goutte, du rhumatisme, des dartres, a même de la gale; mais en examinant les faits, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'on s'est laissé abuser par de simples coıncidences.

Comme dans toutes les hémorrhagies, nous retrouvous ici l'oubli d'une saigne habituelle, la suppression des hémorrhoïdes et des menstrues, ou de tout autre flux sanguin habituel. On a cité des exemples de ces dissérentes causes, et parmi eux on en trouve dans lesquels l'hématurie était périodique, comme le sux qu'elle remplaçait (les menstrues principalement). L'hématurie déterminée par ces causs est celle que Pinel a nommée succédanée. Notons néanmoins ici que, dans un boa nombre des cas cités, il est permis de croire que le sang venait de la vessie; mais les auteurs ayant confondu les diverses hémorrhagies des voies urinaires sous k nom d'hématurie, il est difficile et souvent même impossible de distinguer les cas

Il est encore d'autres causes signalées comme déterminantes de l'hémorrhagie rénale; je vais les indiquer, en étudiant les conditions organiques dans lesquelles * produit cette affection.

3° Conditions organiques

Nous avons vu plus haut l'hématurie rénale se produire dans les plaies, les cotusions, les déchirures des reins. Dans ces cas, l'écoulement de sang par les urises s'explique de lui-même.

Suivant M. Rayer, les inflammations des reins et même la néphrite simple pervent donner lieu par elles-mêmes à l'hématurie; mais il saut se rappeler que cet ateur range parmi les néphrites simples delles qui sont déterminées par la présence des calculs rénaux. C'est dans ces dernières néphrites qu'on observe l'hématurie. et l'irritation, la déchirure de la membrane des bassinets et des uretères rendent

(1) Traile de médecine pralique, t. I, p. 533.

compte du pissement de sang aussi bien que les causes précédentes. Mais si l'on examine les faits cités par cet auteur, on n'en trouve pas un seul qui démontre d'une manière satisfaisante que l'hématurie peut être la conséquence de la néphrite simple spontanée. On ne pourrait tout au plus alléguer qu'une seule observation citée par Latour (1); mais en étudiant ce fait, on voit qu'il est impossible de dire non-seulement s'il y avait inflammation des reins, mais encore si le sang provenait réellement de ces organes. Il s'agit, dans ce cas, d'un sujet qui, vers la fin d'une pneumonie grave, fut pris d'une hématurie assez abondante, à la suite de laquelle les symptômes pectoraux ne tardèrent pas à se calmer et à disparaître. C'est là un exemple d'hématurie regardée comme critique, espèce que je n'avais pas encore suffisamment indiquée. On trouvera sans doute qu'avant d'admettre l'existence de ces hématuries critiques, il faudrait avoir des faits plus nombreux et plus concluants.

Nous avons vu plus haut que le cancer des reins donne fréquemment lieu à l'hématurie rénale; on a cité encore les abcès et les ulcères. Les affections qu'on a désignées sous ce dernier nom ne sont autre chose que la suite des abcès ou de véritables cancers.

M. Rayer (2) a décrit une espèce particulière de pyélite sous le nom de pyélite hémorrhagique. Lorsque je traiterai de la pyélite, je reviendrai sur cette espèce.

Les hémorrhagies rénales que je viens d'indiquer sont celles que M. Rayer a rangées dans son second groupe sous le nom d'hémorrhagies rénales symptomatiques de lésions des reins, et que les auteurs du Compendium ont nommées néphrorrhagie par altération des solides, en les joignant, bien entendu, aux blessures, aux plaies, etc. Elles font partie de l'ordre décrit par Pinel et par un bon nombre d'autres auteurs sous le nom d'hématuries symptomatiques.

Dans un second groupe, M. Rayer range les hémorrhagies rénales symptomatiques d'affections générales. Ces hémorrhagies ne sont donc qu'un simple symptôme d'affections souvent fort graves, et dans lesquelles nous aurons à les étudier avec soin. Mais îl est des cas où l'hémorrhagie rénale acquiert une telle violence, qu'elle est l'accident le plus important de la maladie. C'est ainsi que dans le purpura hemorrhagica on a vu des pertes de sang, esfrayantes par leur abondance, se faire par les voies urinaires en même temps que par d'autres voies. En pareil cas, l'hémorrhagie réclame du médecin une attention toute particulière.

On voit aussi parsois des hémorrhagies plus ou moins graves survenir dans le cours de certaines varioles, ou d'autres exanthèmes fébriles de même nature; dans le cours de la sièvre jaune, etc. Je ne sais que mentionner rapidement ces saits, parce qu'en pareil cas l'hématurie n'est qu'un phénomène secondaire qui n'a de véritable importance que dans l'histoire de la maladie dans laquelle elle se produit. La condition organique de cette espèce d'hématurie est, suivant les auteurs du Compendium, une altération du sang constituée par la diminution de la sibrine. Il est certain que, dans les maladies que je viens d'indiquer, et dans plusieurs autres mentionnées par les auteurs, la diminution de la sibrine a été constatée par l'expérience; mais pour bien sixer notre opinion sur le cas

⁽¹⁾ Hist. phil. el méd. des hémorrh., t. 11, p. 84.

⁽²⁾ T. III, § 869.

particulier qui nous occupe, il serait à désirer qu'une observation très sévère vint nous apprendre à quelle époque précise de la maladie principale se manifeste l'hématurie, et quel est le rapport de sa fréquence avec le degré de diminution de la fibrine.

Restent enfin ces hémorrhagies rénales essentielles que nous avons vues emanifester dans certains climats. On n'a point fait de recherches suffisantes pour découvrir les conditions organiques propres à ces hémorrhagies. On les a, il est vrai, désignées sous le nom d'hémorrhagies par couse dynamique; mais ce n'est là qu'un mot par lequel nous voudrions vainement masquer notre ignorance.

J'ai cru qu'il était utile d'entrer dans quelques détails sur ces conditions organiques, parce que, si nous ne trouvons pas encore dans la plupart d'entre elles des indications précises pour la pratique, on peut prévoir l'époque où, les connaissant mieux, il sera plus facile d'expérimenter les agents thérapeutiques, et l'on aura plus de chances d'arriver à un résultat utile.

§ III. — Symptômes.

On a décrit séparément l'hémorrhagie rénale observée dans nos climats, et celle qui est endémique dans certaines contrées. Celles-ci présentent, sans doute, de particularités qui méritent d'être connues; mais comme ces particularités ne de minent pas toute l'histoire de la maladie, et que j'en ai déjà fait connaître quelque unes en parlant des causes, il suffira de signaler dans le cours de cette description celles qui me restent à mentionner.

Début. Dans les hémorrhagies rénales qui ont pour cause une altération de reins, l'apparition du sang dans l'urine est souvent précédée de douleurs plus on moins vives dans ces organes. Dans celles, au contraire, qu'on a nommées essentielles, il n'est pas rare de voir la présence du sang dans le liquide urinaire annocer l'existence de la maladie sans que rien ait pu faire prévoir son début. Quelque fois cependant une pesanteur et un sentiment de chaleur dans la région lombaire, symptômes communs aux diverses hémorrhagies dites actives, précèdent de quelques jours le pissement de sang. Chez certains sujets affectés de cancer des reins. l'hématurie est le premier symptôme qui ait fait soupçonner la maladie.

Symptômes. Comme dans toutes les hémorrhagies dans lesquelles le sang est rejeté au dehors, l'écoulement de ce liquide est le symptôme sur lequel doit être presque uniquement sixée l'attention du médecin.

L'écoulement du sang est très variable sous le rapport de la quantité, non selement suivant les cas, mais encore ordinairement aux diverses époques de la miladie. Quelquesois, en esset, le sang est en si petite quantité, qu'on ne le décourr pas dans l'urine au premier aspect, et qu'il faut, pour en démontrer la présence recourir à des moyens d'exploration qui seront exposés plus loin. Quelquesois, se contraire, la quantité de sang est si énorme que les malades en rendent une ou plusieurs livres dans la journée. Ce sont ces derniers cas qui intéressent principalement le praticien. On les observe principalement chez les sujets assectés d'hémorrhagie essentielle, car lorsqu'il existe des lésions organiques évidentes, il est rarr que l'hématurie ne soit pas ou faible on modérée, et lorsqu'il en est ainsi, c'est comme l'ont fait remarquer tous les auteurs, la maladie organique qui doit sur l'attention.

Il résulte de cette différence dans la quantité du sang rejeté, une différence extrême dans l'aspect des urines sanglantes. Parfois le sang est en si grande proportion, qu'on pourrait croire qu'il est rendu pur; mais cet aspect n'existe qu'au moment même de l'émission, car si on laisse reposer le liquide, on voit se déposer un sédiment formé par le sang, au-dessus duquel se trouve l'urine teinte en rouge plus ou moins foncé. On trouve ordinairement des caillots d'un volume variable dans le liquide. Ces caillots sont noirs, d'une fermeté différente suivant les cas. Ils sont parfois très considérables. « Dans les hématuries rénales abondantes, dit M. Rayer, le sang se coagule le plus souvent dans son trajet, soit dans la cavité des uretères, soit dans la vessie. Cette coagulation s'opère de manière qu'un grand nombre de globules sanguins restent enchevêtrés dans les caillots fibrineux, qui, lorsqu'ils sont expulsés au dehors, sont plus souvent noirâtres que décolorés. » Cette dernière proposition nous montre que parfois des caillots sibrineux, gélatiniformes, sont rendus par les urines. Lorsque l'hémorrhagie tire à sa fin, et que les urines commencent à devenir limpides, on aperçoit quelquesois encore à l'œil nu, dans le liquide, des concrétions fibrineuses filiformes, qui parfois demandent l'emploi du microscope pour être reconnues.

La forme des caillots sanguins mérite, dans quelques cas, l'attention du médecin. Il en est qui, arrêtés dans l'uretère ou dans l'urètre, se moulent sur ces conduits et sortent avec une forme allongée qui les fait ressembler à des vers. Il faut être prévenu pour n'être pas exposé à l'erreur et croire à la sortie d'un ascaride lombricoide ou d'un strongle. C'est là ce que Winter, cité par M. Rayer, a nommé mictus cruentus vermiformis. Ce dernier auteur ajoute : « On a vu, dit-on, l'urine creuser dans leur partie moyenne ces concrétions qui, devenues tubuleuses, ont permis le passage de l'urine. »

Il peut arriver, comme je l'ai dit plus haut, qu'à la simple vue l'urine ne paraisse contenir ni globules sanguins ni caillots fibrineux, en d'autres termes, qu'elle paraisse naturelle. Si c'était là toute l'hémorrhagie, cette affection n'aurait pas par elle-même un intérêt réel pour le praticien, car ce fait ne se montre que dans des cas où la présence du sang dans l'urine n'est qu'un symptôme d'une affection plus grave qui absorbe l'attention. Mais dans les hématuries sérieuses, il y a certains moments où l'urine redevient limpide ou presque limpide, et il n'est pas indifférent, on le comprendra sans peine, de savoir si toute trace de sang a disparu, ce qui peut faire espérer la guérison, ou s'il eu reste encore, quoiqu'en petite quantité, ce qui peut faire craindre un retour de l'hémorrhagie.

« A la vérité, dit M. Rayer, de telles urines ne sont jamais parfaitement transparentes comme l'urine saine, mais quelquesois elles offrent une teinte rosée si douteuse, qu'on ne pourrait assirmer qu'elles contiennent une certaine quantité de sang, ou au moins de ses principaux éléments, si l'inspection microscopique ne montrait dans ces urines un certain nombre de globules sanguins. Si l'on remplit un tube long de 5 à 6 pouces et de 10 lignes de diamètre avec ces urines, le petit nombre de globules qu'elles contiennent se précipite au sond du tube, où ils sorment un dépôt rougeâtre qui surmonte les autres éléments du sédiment, et notamment le pus, lorsqu'il en existe. Dans ces urines, toujours plus ou moins chargées d'albumine, quelquesois il n'y a pas de trace de sibrine coagulée; d'autres sois on y

aperçoit à l'œil nu, et mieux à l'inspection microscopique, des filaments d'apparence fibrineuse.

".... L'urine sanguinolente se coagule par la chaleur et précipite par l'acide nitrique, et elle offre au microscope des globules d'un 120° de millimètre environ, lenticulaires, jaunâtres, paraissant avoir un noyau central, se dissolvant in médiatement dans l'acide acétique, insolubles dans l'eau et dans l'acide nitrique. Au bout d'un certain temps, ces globules deviennent irréguliers dans l'urine et quelquefois s'y décolorent.

Le même auteur a constaté que dans l'hématurie essentielle endémique de l'ile Maurice, le sédiment était presque entièrement composé de sang, ou au moins de globules sanguins et d'acide urique cristallisé, et de plus il a remarqué maintes fois que dans les hémorrhagies rénales dues aux calculs rénaux et au canter. l'urine renduè trois heures après le repas était plus chargée de sang qu'à aucune autre heure de la journée.

Il n'est pas rare de voir l'hématurie avoir lieu sans aucune espèce de douleur qui lui soit propre. Dans certains cas néanmoins, les douleurs rénales signalées au début de la maladie persistent sans qu'on en trouve d'autre cause que l'hémorrhage rénale elle-même; et, dans d'autres, les choses se passent d'une manière qui mérite d'être mentionnée particulièrement. Des caillots peuvent s'amasser dans le bassinet, ou, étant trop volumineux pour traverser l'uretère, obstruer ce conduit La douleur est alors vive et prend les caractères de la colique néphrétique qui seront exposés plus loin. C'est surtout dans les cas de ce genre qu'on voit sortir, avec les urines, des caillots remarquables par leur décoloration plus ou moins complète, indice de leur séjour prolongé dans les voies urinaires.

Tels sont les symptômes qu'on peut regarder comme appartenant, d'une manière toute particulière à l'hémorrhagie rénale. Ceux qu'il nous reste à indiquer strouvent dans toutes les hémorrhagies, et la plupart sont consécutifs.

Chez quelques sujets, l'écoulement de sang par les voies urinaires est précède d'un sentiment général de plénitude, de somnolence après les repas, de difficulté des digestions, d'une tendance aux palpitations, d'une plénitude du pouls plus on moins marquée, et l'on a vu ces symptômes se dissiper après une perte de sang un peu abondante. C'est là l'hémorrhagie rénale par pléthore, qui ressemble à touts les hémorrhagies qui se produisent dans les mêmes circonstances, quel que son leur siège. Les cas de ce genre sont extrêmement rares dans l'hématurie, et l'on peut soupçonner bien des auteurs d'en avoir admis l'existence plutôt d'après des idées théoriques qu'en se fondant sur l'observation. Ces hématuries ont aussi été désignées généralement sous le nom d'actives.

Comme dans la plupart des hémorrhagies, l'apparition du sang peut causer une vive émotion aux malades, et de là les phénomènes nerveux décrits à propos de l'hémoptysie. Mais dans la très grande majorité des cas, l'appréhension est infiniment moins grande que dans le crachement de sang. On a bien plutôt à craindre le découragement, l'abattement, l'hypochondrie, lorsque la perte de sang x répète, et cet état moral peut ajouter encore à la gravité de la maladie.

Lorsque les pertes de sang ont été très abondantes, ou, ce qui est bien plus ordinaire, lorsqu'elles se sont reproduites fréquemment, on voit survenir les simptômes de l'anémie (1). Dans l'hématurie essentielle endémique, on voit, si les hémorrhagies sont abondantes et répétées, les sujets pâlir, devenir languissants, et parfois même, chez les enfants, le développement se ralentir. Ces derniers cas sont rares. L'adème peut se présenter chez les sujets rendus anémiques par les hématuries rénales; mais M. Rayer a remarqué qu'il n'était pas comparable à celui qu'on observe quelquesois dans les hématuries dues au cancer de la vessie.

Hématurie rénale interne. Je n'ai parlé, jusqu'à présent, que des cas où le sang est plus ou moins facilement expulsé avec l'urine. Mais il peut arriver, comme dans les autres hémorrhagies qui ont pour siège des organes creux, que ce liquide éprouve un obstacle à sa sortie soit dans l'uretère, soit dans la vessie, et qu'il s'accumule alors dans les parties situées au-dessus de l'obstacle en causant divers accidents.

Je ne connais pas un seul cas dans lequel il soit démontré que l'hémorrhagie rénale interné à eu lieu sans que préalablement il y ait eu écoulement de sang avec les urines. Ordinairement, à une hémorrhagie externe, durant depuis un temps plus ou moins long, succède l'hémorrhagie interne, qui cesse momentanément par l'expulsion d'une assez grande quantité de sang, et se produit ensuite. Une observation recueillie par M. Danyau, et citée par M. Rayer, est un exemple de reproduction répétée de cet accident.

Lorsque l'hémorrhagie devient interne, c'est-à-dire lorsque le sang, cessant de s'écouler avec les urines, s'accumule dans le bassinet, l'uretère ou la vessic, on n'observe pas ces phénomènes terribles de certaines hémorrhagies internes très abondantes, comme celles qui ont lieu dans les intestins ou l'utérus. Cela tient évidemment à ce que les hémorrhagies rénales n'ont presque jamais cette abondance extrême qui rend si promptement sunestes celles que je viens de mentionner. Le sang s'accumule avec lenteur dans les voies urinaires, et cause d'abord si peu de dérangement, que l'urine devenant limpide, des sujets ont pu se croire

guéris et reprendre leurs occupations.

Mais lorsque ce liquide a distendu la cavité où il se trouve rețenu, on observe des symptômes importants à étudier. Si l'obstacle est à la partie supérieure de l'uretère, le sang s'accumule dans le bassinet et distend considérablement le rein. Il existe alors une douleur persistante dans la région rénale du côté malade; parfois cette douleur s'étend à toute la région lombaire et à la paroi antérieure de l'abdomen. A cette douleur se joint un sentiment marqué de pesanteur, et l'affection faisant des progrès, on peut, par la palpation, reconnaître l'existence d'une tumeur souvent très volumineuse. Martineau (2), cité par M. Rayer, a pu, en effet, prendre cette tumeur pour une hydropisie, et ayant pratiqué la paracentèse, il a vu s'écouler une énorme quantité de sang qui provenait du rein distendu, comme le prouva l'autopsie.

Si l'obstacle est dans un point de l'uretère plus ou moins voisin de la vessie, les choses se passent de la même manière, sauf que la partie de ce conduit située audessus se laisse distendre énormément, et peut, par là, donner une forme et une situation particulières à la tumeur.

Le sang peut s'accumuler aussi dans la vessie, et cela sans qu'il y ait même

⁽¹⁾ Voy. article Anemie, t. II.

^{2.} Med. com., vol. IX.

d'autre obstacle que la présence de caillots voluminenx qui ne peuvent pas franchir l'urètre. En pareil cas, il y a tantôt rétention d'urine, tantôt issue d'une petite quantité d'urine colorée en rouge par le sang, tantôt même émission d'une urine qui a toutes les apparences de l'état normal. Mais, quels que soient les caractères de ce liquide, on observe toujours une tension, une pesanteur, souvent même une douleur marquée vers l'hypogastre, le périnée, le rectum. Il y a de fréquentes envies d'uriner, le malade est en proie à une onxiété plus ou moins vive. La palpation et la percussion de l'abdomen sont alors d'un grand secours; elles permettent, en effet, de reconnaître, lorsque la quantité du sang et de l'urine accumulés est considérable, la présence, à l'hypogastre, d'une tumeur globuleuse, rénitente, qui s'élève vers l'ombilic, tumeur que nous retrouverons dans la description de la rétention d'urine, où elle sera décrite avec soin.

Un écoulement considérable de sang avec l'urine fait souvent, comme nous l'avons vu plus haut, cesser tous ces accidents; mais si l'accumulation continue à se faire dans les voies urinaires, le sujet s'affaiblit de plus en plus, son pouls est faible et accéléré; la pûleur, le dépérissement augmentent avec une rapidité ordinairement assez grande, et la mort est sinon causée par cette perte interne, du moins notablement accélérée.

Urine chyleuse. Il faut donner ici la description de cet état particulier de l'urine. parce que, comme je l'ai dit plus haut, il est lié d'une manière évidente à l'hémorrhagie rénale. M. Rayer étant le seul qui l'ait convenablement étudié, je n'ai nes de mieux à faire que de donner un extrait de ses recherches sur ce point.

- « En vingt-quatre heures, dit M. Rayer, dans un même jour, les malades resdent le plus souvent deux espèces d'urines: l'une, examinée à l'œil nu et au microscope, offre tous les caractères d'une urine sanguinolente (globules sanguins. caillots fibrineux, albumine); l'autre, qui paraît être en général formée quelque heures après la digestion, est d'un rouge pâle, et abandonnée à elle-même, elle se sépare en deux parties, dont l'une inférieure paraît sanguinolente, tandis que l'autre, supérieure, est louche et d'un blanc laiteux ou complétement opaque. Si l'on examine au microscope une certaine quantité de cette urine d'un blanc laiteux, quelquefois on n'y aperçoit ni globules sanguins, ni matière grasse en globules: d'autres fois, au contraire, on y remarque un assez grand nombre de globules jamitres, aplatis, tout à fait semblables aux globules sanguins, se dissolvant, comme eux, dans l'acide acétique. Quant à la matière grasse, elle ne se présente pas sous forme globuleuse. Je n'ai point observé, non plus, de globules grenus de pus; mais us pourrait y en rencontrer, s'il y avait une inflammation concomitante des voies urinaires.
- » Si l'on traite par l'éther une certaine quantité de cette urine chyleuse contenant ou non des globules sanguins, elle devient, au bout de quelques heures, complétement transparente, et l'éther employé, soumis à l'évaporation spontanée sur des verres de montre, y laisse déposer une quantité considérable de matière grasse.
- L'urine ainsi débarrassée de la matière grasse, traitée par l'acide nitrique d' la chaleur, donne des grumeaux ou un coagulum d'albumine.
- » Cette même urine, après la coagulation de l'albumine par la chaleur, filtrée et évaporée à consistance sirupeuse, traitée à froid par l'acide nitrique, donne m magma ou des cristaux de nitrate d'urée.

- Dans l'un et l'autre, il y avait de l'albumine et une petite quantité de fibrine; enfin tous deux contenaient une quantité considérable de matière grasse.
- » Quant aux urines albumino-graisseuses, elles ressemblaient à une urine dans laquelle on aurait ajouté les éléments organiques du chyle, moins ses globules. Cette espèce d'urine chyleuse, considérée dans ses rapports avec le chyle, était évidemment analogue aux urines albumineuses qui dérivent du sang.
- Dans un cas cité plus haut (1), et dans un autre que j'ai rapporté ailleurs (2), il a été constaté que cette espèce d'hématurie, avec urine chyleuse, coincidait avec une altération particulière du sang dont la constitution se rapprochait beaucoup de celle du chyle du canal thoracique. Des recherches ultérieures prouveront jusqu'à quel point cette liaison, que je crois probable, est constante.
- Plusieurs individus offrant cette urine chyleuse jouissaient en apparence d'une bonne santé: un seul, à ma connaissance, et dont j'ai rapporté l'histoire, était atteint d'une goutte sereine; affection tout exceptionnelle, qui ne m'a pas parn avoir de liaison avec l'altération de l'urine et l'altération probable du sang. Deux des malades qui offraient une urine chyleuse étaient sujets à la goutte, et chez tous la coïncidence d'une gravelle urique ou d'un sédiment d'acide urique cristallisé dans l'urine a été notée. Ce cas, et d'autres cas analogues, dans lesquels certaines dispositions morbides de la constitution se sont manifestées par des formes maladives différentes, et dans des appareils d'organes différents, appartiennent à un ordre de faits que les pathologistes et les thérapeutistes ne peuvent trop méditer.

Je viens d'exposer les symptômes de l'hématurie rénale, suivant les diverses formes qu'elle peut présenter. Il me resterait maintenant à décrire ceux qui viennent les compliquer dans les divers cas, et qui sont dus aux maladies souvent si graves, dont l'hématurie rénale n'est ordinairement qu'une conséquence. Mais ces symptômes, tout le monde les aura présents à l'esprit quand on se rappellera que l'hématurie rénale est principalement causée par les violences extérieures, les calculs rénaux ou le cancer. J'aurai d'ailleurs occasion d'en dire un mot, lorsque dans le diagnostic je rechercherai la cause organique du pissement de sang.

SIV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est très variable, suivant les cas. Cependant on peut, d'une manière générale, dire que le caractère de l'hématurie rénale est de se produire à des intervalles plus ou moins longs. Les alternatives d'apparition et de cessation de l'hémorrhagie se renouvellent ordinairement un grand nombre de fois, surtout dans les affections organiques chroniques, comme le cancer du rein.

Les auteurs ont rapporté plusieurs saits où, comme je l'ai dit plus haut, l'hé-

⁽¹⁾ Traité des malad. des reins, t. III, obs. xvIII.

⁽²⁾ Recherch. sur les urines chyleuses, laileuses et huileuses observées en Europe (Journ. l'Expérience, p. 1, p. 657).

morrhagie rénale était succédanée d'autres flux sanguins dont le caractère est de se produire périodiquement ou presque périodiquement, comme les menstrues et certaines hémorrhoides. En pareil cas l'hématurie rénale est périodique, comme le flux qu'elle remplace. Il faut remarquer toutesois que, dans un bon nombre de cas cités comme exemples de cette hématurie succédanée, il n'est nullement certain que l'hémorrhagie eût sa source dans les reins.

L'hématurie essentielle, et principalement l'hématurie rénale endémique de l'île de France, se montre bien plus fréquemment que toute autre d'une manière continue et chronique. Mais encore faut-il dire qu'il y a dans l'abond nce du sang trouvé dans les urines des variations qui se produisent non seulement à divers intervalles, mais encore journellement, et qui sont parfois très considérables. On n'a point fait de recherches suffisantes pour savoir à quelle période des diverses maladies qui lui donnent lieu cette hémorrhagie est plus ou moins abondante.

La aurée de l'hémorrhagie est indéterminée dans la plupart des cas. Dans les affections organiques des reins, elle peut se prolonger jusqu'aux derniers jours de l'existence, qu'elle contribue à abréger. Lorsqu'elle est causée par des calculs, elle cesse si ces corps étrangers cessent eux-mêmes d'irriter les parties qui les renferment, mais c'est ordinairement pour se reproduire aussitôt que cette irritation recommence.

Dans l'hématurie endémique, la durée peut être de plusieurs années, et parfois l'hémorrhagie est suivie d'une excrétion d'urine chyleuse, ce qui peut être considéré comme la continuation de l'hémorrhagie, sous une autre forme.

Le caractère de l'hématurie rénale critique est de ne durer qu'un très court espace de temps : quelques jours, ou même quelques heures. Mais nous avons ve plus haut combien l'existence même de cette espèce est douteuse.

Il faut encore établir les mêmes distinctions lorsqu'on recherche la terminaison de la maladie. L'hématurie rénale symptomatique d'une affection organique peut, comme nous l'avons vu, donner la mort par elle-même; mais ordinairement elle ne fait que hâter la terminaison fatale due à la maladie principale, en jetant les malades dans un dépérissement rapide. On a vu quelques hématuries disparaître pour ne plus revenir: ce sont surtout celles qu'on a attribuées à la pléthore, et qu'on a désignées principalement sous le nom d'hématuries actives; mais, dans les ce cités, le sang provenait-il réellement des reins?

Il est rare que l'hématurie endémique se termine par la mort. Ou bien la maladie, qui s'est développée dans l'ensance, cesse après une ou plusieurs années de durée, ou bien elle se transsorme en flux chyleux qui peut persister jusqu'à un ignavancé.

S V. - Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ne doivent pas nous occuper longtemps. Lorsque le sang a trouvé une libre issue, on ne voit dans les reins qu'une simple congestion dans quelques cas; dans d'autres, ce sont des ecchymoses à la surface de ces carités, ou bien un cancer, des calculs; ou ensin, comme dans plusieurs cas d'he morrhagies essentielles, on ne trouve pas ces organes altérés d'une manière so-table.

Parsois on trouve du sang accumulé dans le bassinet. C'est qu'alors il existe us

obstacle au cours de ce liquide, ce que l'autopsie fait reconnaître : c'est un calcul, un acéphalocyste, un simple caillot volumineux engagé dans l'uretère sans pouvoir le franchir, une tumeur comprimant ce conduit, etc. Si l'obstacle est situé dans un point inférieur de l'uretère, on trouve en outre toute la partie supérieure de ce conduit dilatée à un très haut degré. Enfin, on peut voir du sang en caillots accumulé dans la vessie.

Lorsque le sang s'est accumulé lentement dans le bassinet, il est ordinairement noirâtre et fluide, ou ne présente qu'une quantité proportionnelle de caillots peu considérable; il est parsois comme décomposé et sétide. Si l'accumulation s'est saite rapidement, les caillots sont beaucoup plus abondants.

La distension du rein, par le sang accumulé dans son intérieur, est quelquesois extrème, comme nous l'avons vu plus haut. Ce sait ne s'est présenté que lorsque l'hémorrhagie interne s'est essetté lentement. On trouve alors l'organe aminci et transsormé en une vaste poche qui occupe une grande partie de l'abdomen.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Dans les cas où le sang s'écoule librement au dehors et avec une certaine abondance, rien n'est évidemment plus sacile que de reconnaître l'hématurie. Mais l'hémorrhagie provient-elle des reins? c'est là où commence la difficulté.

Et d'abord on peut se demander si le saug n'a pas sa source dans un des uretères. Les cas sont très rares où ces conduits sont le siège d'une hémorrhagie. Cependant on en a cité des exemples, et M. Rayer en a rapporté de remarquables. Disons tout de suite que la question est insoluble dans l'état actuel de la science, et que lorsque l'hémorrhagie des uretères s'est présentée à l'observation, il a été impossible de lui assigner son véritable siège. Les cas de ce geure appartiennent à l'hématurie déterminée par un calcul; ils sont rares.

Il est moins difficile de s'assurer que le sang provient des reins et non de la vessie. Cependant il est des cas où ce diagnostic offre aussi de grandes incertitudes. Voici comment M. Rayer s'exprime à ce sujet : « Si l'on excepte le cas de fongus de la vessie, de cystite calculeuse et de tubercules de la vessie avec cystite, maladies dont le diagnostic n'offre pas en général de grandes difficultés, il y a peu de cas dans lesquels on puisse supposer que le sang rendu avec l'urine est fourni par la vessie. Cependant on voit des hématuries provenant des reins simuler des hématuries provenant de la vessie, et vice versâ. J'ajoute que, lorsque l'hématurie est vésicale, elle est bien rarement essentielle, et qu'elle est presque toujours précédée des symptômes propres à d'autres maladies de la vessie, à la custite simple ou calculeuse, au cancer, etc. Cependant on a cité quelques cas d'hématurie remplaçant un flux hémorrhoïdal, et dans lesquels la douleur et les principaux accidents paraissaient circonscrits dans l'hypogastre. » On voit que ce diagnostic est vague, mais il serait difficile de le préciser davantage. Ce qu'il faut remarquer d'une manière générale, c'est que les troubles fonctionnels et les symptômes locaux, soit des reins, soit de la vessie, sont d'un grand poids quand il s'agit de déterminer la véritable source du sang, mais que, dans quelques cas, ces signes eux-mêmes sont trompeurs. J'aurai, du reste, occasion de revenir sur ce diagnostic quand j'aborderai les affections de la vessie.

Dans les hémorrhagies du rein, le sang ne sort pas pur, ainsi que nous l'avous vu plus haut; c'est là ce qui les distingue principalement des hémorrhagies urétrales, dans lesquelles d'ailleurs le sang s'écoule en bavant, sans efforts d'excrétion urinaire. On peut encore, s'il reste quelques doutes, introduire une sonde dans la vessie; l'urine sort claire, et les premières gouttes seulement sont teintes par le sang qui a pu pénétrer dans la sonde au moment où elle a franchi l'urètre.

Lorsque le sang provenant des reins est en très petite quantité, on peut, comme je l'ai déjà fait remarquer, méconnaître l'existence de la maladie. Cependant on arrive assez facilement au diagnostic par les moyens que j'ai indiqués en décrivant les symptômes. D'ailleurs ce n'est que dans les cas où il y a eu déjà une hématuric facilement appréciable qu'on est intéressé à s'assurer s'il existe encor une certaine quantité de sang dans les urines.

Ensin la rétention du sany dans les cavités urinaires, l'hémorrhagie interne, pent être diagnostiquée à l'aide de renseignements exacts qui nous apprennent que k malade a eu une ou plusieurs hématuries, et en tenant compte des symptômes locaux, de l'assaiblissement et du dépérissement des malades. La pesanteur, la douleur, la tumeur dans la région des reins, indiquent que cet organe est k siège de la rétention. Des symptômes semblables, ayant leur siège dans l'hypogastre, font reconnaître que l'accumulation du sang se sait dans la vessie, et k cathétérisme vient encore aider au diagnostic.

Il est, comme on voit, à désirer qu'un observateur s'occupe spécialement de ce sujet, pour faire cesser, s'il est possible, le vague et l'incertitude d'un diagnostic aussi important.

§ VII. - Traitement.

Le traitement de l'hémorrhagie rénale a été presque toujours exposé, sans distinction suffisante des divers cas, dans des articles consacrés à l'hématurie en général; et s'il est quelques travaux entrepris sur l'hématurie ayant sa source dans le rein, on peut dire qu'ils manquent complétement de précision. Il est nécessir de se rappeler, lorsqu'il s'agit de combattre l'hémorrhagie rénale, les principales divisions que nous avons admises.

1° Supposons d'abord une hémorrhagie du rein non accompagnée des symptomes locaux d'une affection organique de cet organe, et qu'on peut regarder comme essentielle. Si le sujet est fort, s'il a présenté les signes qui précèdent les hémorrhagies auxquelles on donne le nom d'actives, il est généralement recommande de ne pas s'opposer trop tôt à l'écoulement du sang. Tout le traitement conside alors en certaines précautions bien simples, et qu'on retrouve dans toutes les hémorrhagies. Ce sont les suivantes.

PRÉCAUTIONS A PRENDRE DANS UN CAS D'HÉMORRHAGIE RÉNALE MODÉRÉE.
SANS SIGNES DE LÉSIONS ORGANIQUES, ET CHEZ UN SUJET VIGOUREUX.

L'appartement doit être tenu à une température modérée. Le malade doit garder le repos dans la position horizontale. Prendre quelques lavements émollients, pour s'épargner les essorts de garde-robe. Se soumettre à un régime doux et léger. Tels sont, avec quelques boissons adoucissantes, les moyens bien simples qu'on oppose à l'hémorrhagie.

2° Il n'est pas un seul des cas indiqués jusqu'à présent qui, dans certaines circonstances, ne puisse présenter une de ces hémorrhagies extrêmement abondantes qui par elles-mêmes peuvent causer la mort. Ces cas fort rares se sont principalement montrés dans l'hématurie essentielle, chez des sujets présentant une tendance aux hémorrhagies, qui a fait donner à ces affections le nom de constitutionnelles, et dans celles qui ont pour cause les maladies organiques des reins. Quelle que soit, du reste, cette cause, on doit agir de la même manière, et mettre en usage les moyens indiqués contre les grandes hémorrhagies (1). Ce sont : l'application de l'eau froide, de la glace; les boissons froides, acidulées, etc.

Le lieu dans lequel doivent être faites les applications froides doit être le plus voisin possible du siège du mal. Ainsi, dans l'hémorrhagie dont nous nous occupons, c'est sur les lombes, sur les flancs qu'il faut les faire. Cependant on a vu quelquefois les injections dans le rectum, et même dans la vessie, avoir un effet plus prompt. Pour les lavements, on prend de l'eau très froide à laquelle on ajoute une petite quantité de vinaigre, et dans la vessie on injecte de l'eau avec addition d'une faible proportion d'acétate de plomb. La température de l'appartement doit être plus basse, et le repos plus complet encore que dans le cas précédent.

- 3° Si l'hémorrhagie est peu considérable, mais se reproduit à de courts intervalles, elle peut occasionner l'anémie et un dépérissement assez rapide. C'est dans les cas de ce genre qu'on a recommandé les astringents, les antihémorrhagiques, tels que le ratanhia, le tannin, le seigle ergoté, etc.; les toniques, et en particulier le quinquina, les ferrugineux; mais comme l'administration de ces remèdes ne présente rien de particulier, ce serait tomber dans des redites inutiles que d'entrer à ce sujet dans de plus grands détails. On fera facilement aux différents cas l'application de ces moyens tels qu'ils sont exposés dans l'histoire des hémorrhagies précédemment indiquées.
- 4° M. Rayer a exposé dans un résumé le traitement opposé à l'hémorrhagie endémique de l'île de France; je lui emprunte les détails suivants : « Abandonnée à elle-même (méthode expectante), cette hémorrhagie habituelle, compliquée ou non de gravelle, guérit spontanément, sans émigration, au bout de plusieurs mois ou de plusieurs années, lorsqu'elle n'est pas assez abondante pour détériorer la constitution....
- » A l'île de France ou sur le continent, la saignée, combinée avec l'administration des boissons acidulées, avec l'emploi du ratanhia et l'aide du repos, a suspendu pour quelque temps l'hémorrhagie.
- » Mais les émissions sanguines, quelques ois nécessaires au début de cette hématurie, ou dans son cours en quelques cas exceptionnels, sont formellement contre-indiquées dans une soule de cas où des pertes de sang répétées ont détérioré la constitution..... Lorsque les ensants sont devenus pâles et languissants après ces sortes d'hémorrhagies, les préparations serrugineuses sont utiles; les bons essets de ces préparations sont favorisés par une nourriture substantielle et un exercice modéré.

⁽¹⁾ Voy. Épistaxis; Hémoplysie, etc.

- » Des individus atteints de ce pissement de sang, ayant contracté une blennorrhagie, le copahu, employé contre cette dernière affection, en a non seulement procuré la guérison, mais encore celle de l'hématurie.
- » Lorsque l'hématurie endémique de l'île de France est compliquée de gravelle d'acide urique, il faut associer aux moyens précédemment indiqués les poudres et les boissons alcalines (1), jusqu'à ce que le dépôt de l'urine, abandonnée à ellemême, ne contienne presque plus d'acide urique cristallisé.....
- Lorsque cette hématurie résiste aux moyens précédemment indiques, l'émigration est le meilleur moyen que l'on puisse conseiller pour faire cesser la maladie. En effet, il a suffi à quelques individus de quitter l'île de France et de venir habiter en Europe un pays tempéré, sans s'assujettir à aucun remède, pour obtenir le guérison de leur hématurie. Il est vrai que, chez plusieurs colons, la guérison n'a été que temporaire; la maladie s'est déclarée de nouveau peu de temps après leur retour à l'île de France, ou bien ils ont présenté une autre altération de l'urine (urine chyleuse, ou urine albumineuse et graisseuse). Il faut même reconnaître qu'un voyage en France n'est pas un moyen infaillible; la maladie a continué sum être sensiblement modifiée par le changement de climat, mais alors aussi la plupart des remèdes ont échoué, ou l'amélioration s'est déclarée si tardivement et si obscurément, que les causes en sont restées indéterminées.

Ces moyens, auxquels les médecins du Brésil ajoutent les bains froids salés, et surtout les bains de mer, ne dissèrent guère, comme on le voit, de ceux qu'œ emploie dans tous les pays contre les diverses hémorrhagies. Il faut néanmoiss noter avec soin cet esset du copahu dans quelques cas, car le médecin est autorisé par les saits à administrer cette substance contre l'hématurie elle-même, et il est permis d'en attendre de bons résultats.

- 5° Si l'hématurie était accompagnée de douleurs plus ou moins vives dans la région rénale, avec des symptômes d'excitation, et surtout s'il existait une véritable néphrite, lésion qui a été regardée à tort comme coıncidant fréquemment avec l'hématurie, il faudrait insister sur les moyens indiqués à propos de l'hématurie essentielle, et de plus pratiquer des émissions sanguines plus ou moins abondantes, selon la force du sujet. Ces émissions sanguines, nous les avons vues déjà employées dans l'hématurie endémique de l'île de France.
- 6° S'il existait une rétention du sang dans la cavité des reins, de l'uretère ou de la vessie, on devrait d'abord chercher à faire disparaître l'obstacle qui s'oppose au libre écoulement du sang; puis calmer par les adoucissants et les opiacés les accidents de colique néphrétique qui accompagnent souvent cet état. Enfin les sangsues sur la région lombaire, les ventouses scarifiées, seraient appliquées dans les but de faire disparaître l'irritation et la douleur locale qui résultent de l'accomulation du sang dans les organes. Quand c'est dans la vessie que ce liquide s'est accumulé, on peut par des moyens mécaniques donner issue à la masse sanguire coagulée qui obstrue cet organe; mais comme j'aurai à exposer ce moyen de tratement lorsqu'il s'agira de l'hématurie vésicale, j'en renvoie les détails à l'article consacré à cette affection.

ARTICLE IL

PYÉLITE.

M. Rayer est le premier qui ait distingué nettement l'inflammation des bassinets et des calices de celle de l'affection rénale; il ne faut pas croire néanmoins que cette maladie fût inconnue jusqu'à lui; car c'est précisément celle qui a été décrite par tous les auteurs sous le nom de néphrite, et en particulier de néphrite calculeuse.

M. Rayer a donc sait saire un progrès à la pathologie, en établissant cette distinction, qui ne manque pas d'importance. Mais pent-être ne l'a-t-il pas poussée assez loin; car voici comment il me semble que doit être envisagée l'étude des affections qui ont pour siége la cavité rénale, et qu'il nous reste encore à traiter.

La pyélite simple peut exister. M. Rayer en a cité des exemples, et l'on en trouve quelques uns dans divers auteurs. Mais le plus souvent cette affection est liée à la présence de calculs plus ou moins volumineux ou plus ou moins nombreux daus le calice et le bassinet : or les accidents qu'on observe alors ne tiennent évidemment pas tous, il s'en faut, à l'inflammation des parois de ces cavités; il en est qui sont dus au simple déplacement des calculs, et qui peuvent même précéder toute inflammation. Il en résulte qu'on doit étudier d'abord la pyélite indépendamment des accidents de colique néphrétique qui se produisent dans son cours, ou que du moins ceux-ci ne doivent être présentés que dans un rang secondaire; puis on doit étudier les calculs rénaux, la gravelle, qui peuvent exister indépendamment de la pyélite; et comme accident dû à la présence de ces productions morbides, la colique néphrétique, qui ayant également d'autres causes que nous avons déjà signalées, peut parfaitement être considérée comme une affection particulière. Si l'on se rappelle la manière dont j'ai présenté les affections du foie, on verra que c'est la marche que j'ai suivie dans l'exposition des lésions des voies biliaires.

Dans son historique sur la pyélite. M. Rayer s'est attaché à prouver que si la connaissance des calculs rénaux et celle de l'existence de collections purulentes dans les reins remontent à la plus haute antiquité, ce n'est réellement que dans ces derniers temps que les altérations produites par les calculs dans les bassinets et les calices, et par suite dans la substance rénale, ont été exactement appréciées. Il est certain que, jusqu'à une époque très voisine de nous, et, on peut le dire, jusqu'à M. Rayer lui-même, on a considéré l'inflammation qui résulte de la présence des calculs dans la glande rénale comme occupant la substance de cette glande, sans établir de distinction entre les parois des bassinets et les autres parties des reins. Cependant il n'est pas douteux que plusieurs auteurs n'aient parfaitement compris que la cavité de l'organe pouvait être non seulement envahie la première par l'inflammation, mais encore exclusivement. Mais c'est ce qu'il faut rechercher dans les faits et non dans le langage, car jusqu'à M. Chomel (1), c'est toujours une néphrite qu'on a vue dans les cas où les calculs des reins avaient déterminé l'inflammation.

Je ne crois pas devoir présenter ici un historique de cette maladie, tâche qui me serait cependant bien facile, puisque M. Rayer nous en fournit tous les matériaux. Je me contenterai seulement de dire que la connaissance de l'inflammation

⁽¹⁾ Arch. gén. de méd.

des reins remonte à la plus haute antiquité, car on en trouve déjà des indications dans Hippocrate, et que Rusus, Galien, Arétée, etc., donnent la description des abcès que déterminent les calculs.

§ I. — Définition; synonymie; fréquence.

On donne le nom de pyélite à l'inflammation des calices et des bassinets, qu'ele ait été produite par la présence de corps étrangers, qu'elle soit le résultat de l'extension de l'inflammation d'un autre organe, ou qu'elle se soit produite spotanément.

C'est cette maladie qui a été décrite, comme j'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion de le dire, sous le nom de néphrite, d'abcès des reins, etc. Toutefois il ne saut pas croire que tous les faits rapportés sous ces dissérents noms doivent être regardés comme de simples pyélites; il en est, en esset, dans lesquels l'inflammation avait réellement pour siège la substance rénale, et d'autres où l'inflammation des bassinets et des calices s'était étendue à cette substance. On ne doit donc pas voir dans les anciennes dénominations une sausse appréciation de la maladie, mais ser-lement une consusion de plusieurs états pathologiques distincts.

La fréquence de la pyélite est très dissérente, suivant que l'on considère à pyélite simple indépendante de tout corps étranger, ou celle qui a pour cause à présence d'un corps étranger quelconque. La première est relativement sort rare; cependant il en est une espèce qui, suivant M. Rayer, serait beaucoup plus sréquente qu'on ne le croit communément : c'est la pyélite blennorrhagique. Nous reviendrons sur ce point en parlant des causes.

§ II. — Causes.

Les causes de la pyélite sont presque identiquement les mêmes que celles que nous avons assignées à la néphrite; et on le conçoit facilement, puisque la plupart de auteurs n'ont pas fait de distinction entre ces deux maladies. Il me suffira, per conséquent, de les rappeler rapidement ici, en y ajoutant quelques particularités propres à la maladie qui nous occupe.

1º Causes prédisposantes.

Relativement à l'age, il n'y a rien à changer à ce que j'ai dit à l'article Néphrite: la pyélite simple est presque inconnuc chez les ensants, et toutes les espèces de pyélites sont beaucoup plus fréquentes dans l'âge adulte et dans la vieillesse que dans les premières années de la vic.

D'après presque tous les auteurs, le sexe masculin est beaucoup plus exposé à cette affection, et les faits confirment cette manière de voir. Nous n'avons pas de renseignements exacts sur l'influence de la constitution, du tempérament, des climats, et quant aux autres causes prédisposantes, nous ne pourrions que nous levrer à des conjectures à leur sujet.

2º Causes occasionnelles.

La pyélite peut résulter d'une violence extérieure, comme la néphrite; mais ce sont les plaies pénétrant jusqu'au bassinet qui lui donnent le plus fréquemment lieu : et c'est là la pyélite traumotique.

De toutes les pyélites; il n'en est certainement pas de plus fréquente, à beaucoup près, que celle qui a pour cause la présence des calculs rénaux dans les calices et le bassinet. M. Rayer l'a décrite sous le nom de pyélite calculeuse; c'est la néphrite calculeuse des autres auteurs. Les autres corps étrangers, comme les acéphalocystes, le strongle, donnent lieu à une pyélite qu'on peut rapprocher de celle-là.

La distension des cavités rénales par l'urine et par le pus est une cause bien plus fréquente de pyélite que de véritable néphrite.

On peut appliquer à la maladie qui nous occupe tout ce que j'ai dit relativement à l'influence des substances ingérées sur la production de la néphrite simple (1). Les diurétiques, la térébenthine, paraissent néanmoins devoir agir plus activement sur les membranes du calice et du bassinet, que la substance rénale elle-même; c'est ce que semble indiquer leur action sur la vessie. Ce n'est là toutesois qu'une conjecture.

Il n'en est pas-de même des cantharides, dont l'action est évidente. M. Bouillaud (2) a, en effet, rapporté des cas dans lesquels l'application de vésicatoires sur des ventouses scarifiées a produit une pyélite avec albuminurie de plus ou moins longue durée. Chez un sujet qui a succombé, il a trouvé la surface interne des calices, des bassinets et des uretères ensiammée avec production de sausses membranes.

L'extension de l'inflammation de la vessie et des uretères aux reins a été également observée, et à ce sujet il faut faire une remarque importante : « Dans le cours de la blennorrhagie, dit M. Rayer, et surtout après sa brusque suppression, il survient, et moins rarement que ne le pensent la plupart des praticiens, une inflammation légère, mais rebelle, de la membrane muqueuse de la vessie, inflammation qui, des uretères, se propage jusqu'au bassinet, et s'accompagne de douleurs rénales. » Il est fâcheux que M. Rayer ne nous ait pas donné d'une manière toute spéciale l'histoire de ces pyélites, car on peut élever quelques doutes sur la fréquence, non de l'inflammation vésicale consécutive à blennorrhagie, puisqu'elle est connue de tout le monde, mais de l'extension de cette inflammation au bassinet, ce qui est moins généralement reconnu : c'est là, au reste, ce que cet auteur a appelé pyélite blennorrhagique.

§ III. — Symptômes.

Que l'on ait décrit la maladie qui nous occupe sous le nom de néphrite, ou que, comme M. Rayer, on lui ait assigué celui de pyélite, on n'a pas moins toujours exposé, en même temps que les symptômes qui la caractérisent, ceux qui appartiennent à la présence des calculs par laquelle elle est si fréquemment produite. Je ne crois pas que cet exemple doive être imité. D'une part, en effet, ainsi que je l'ai dit plus haut, les accidents causés par les calculs, et qui constituent la colique néphrétique, peuvent exister indépendamment de toute inflammation, et, de l'autre, cette inflammation peut avoir lieu sans ces accidents, non seulement dans la pyélite simple, où la chose est évidente, mais encore dans la pyélite produite par des corps

⁽¹⁾ Voy. article Nephrite simple aigue. — Bulletin de l'Acad. de médecine; Paris, 1847, 1. XII, p. 744, 779, 812.

⁽²⁾ Rev. med.-chir. de Paris, janv. et fév. 1818.

étrangers; en d'autres termes, l'inslammation est incapable par elle-même de produire la colique néphrétique. Voyons donc ce qui lui appartient en propre.

Début. Nous ne connaissons que très imparsaitement le début de la pyélite simple indépendante de la présence des corps étrangers. Quant à la pyélite calculeuse, elle a ordinairement cela de remarquable, qu'elle succède à une attaque plus ou moins violente de colique néphrétique. Cependant nous connaissons un grand nombre de cas dans lesquels l'inslammation des bassinets, du calice, et consécutivement de la substance rénale, a été produite par des calculs saus colique néphrétique: des douleurs sourdes dans la région lombaire, plus vives ensuite, et les altérations de la sécrétion urinaire qui scront exposées plus loin ont été, en pareil cas, le premier signal de maladie. Il en est de même lorsque d'autres corps étrangers, comme les vers rénaux, sont la cause de l'affection.

Symptômes. Dans la description des symptômes, il faut établir une distinction importante entre la pyélite aiguë et la pyélite chronique.

1° Pyélite aiguë. La pyélite aiguë se montre plus sréquemment à l'état simple qu'à l'état compliqué, du moins si l'on n'a égard qu'aux cas dans lesquels l'assection reste aiguë pendant tout son cours; car il n'est pas douteux que la plupart des pyélites produites par des corps étrangers, et dont la marche, à une certaine époque, devient essentiellement chronique, ne se présentent d'abord avec tous les caractères d'une maladie aiguë.

Dans la pyélite simple aiguê, la douleur rénale est ordinairement médiocrement vive. Celle qui est produite par un corps étranger autre que les calculs n'est pas non plus remarquable par sa violence; c'est souvent une simple gêne avec des exacerbations plus ou moins fréquentes. Ensin, lorsque les calculs ont produit à maladie, il faut bien prendre garde de regarder comme un symptôme de la pyéline ce qui est dû au déplacement des calculs et à l'irritation qui en résulte dans les parois ensiammées. Ce qui le prouve, c'est que, après la première attaque de colique néphrétique, lorsque le calcul s'est établi dans le bassinet et y a déterminé une inslammation suppurative, il est ordinaire de voir la douleur non pas augmenter, comme cela devrait être si l'inslammation en était la cause, mais an contraire diminuer notablement.

Il est en outre une remarque qui s'applique à toutes les pyélites produites par des corps étrangers, c'est que très souvent ces corps obstruent les voies urinaires, donnent lieu à l'accumulation de l'urine et du pus dans les parties supérieures, à la distension du rein, et par suite à des douleurs indépendantes de l'inflammation, puisque, dans des circonstances semblables, on les verrait se montrer sans elle.

C'est encore la même réslexion qu'il saut saire relativement à la suppression de la sécrétion urinaire. Ce n'est pas à la pyélite qu'il saut l'attribuer, mais au corps étrangers qui ont donné naissance à l'une et à l'autre. Ce sont donc d'autre caractères qu'il saut rechercher dans la sécrétion de l'urine.

Parmi ces caractères, les deux plus importants, sans contredit, sont la présence du mucus et du pus dans le liquide urinaire. Les auteurs, il est vrai, ont dit que l'hématurie était un des premiers symptômes qui annoncent la maladie; mais si l'on examine les cas de pyélite simple et ceux dans lesquels, quoique produite par la présence de corps étrangers, cette maladie ne se présente qu'avec les symptômes

qui lui sont propres, on voit que l'hématurie n'est qu'un accident semblable à ceux que nous venons de mentionner.

Lorsque le mucus est devenu plus abondant qu'à l'état sain, on s'en aperçoit aux caractères suivants: Au moment de l'émission de l'urine, il donne à ce liquide un aspect louche; puis, lorsqu'il s'est rassemblé au fond du vase, il se présente sous la forme d'un sédiment un peu filant plus ou moins abondant, et de couleur opaline. Entre le moment de l'émission et celui du repos complet, il forme des flocons légers, demi-transparents, ou un nuage blanc avec une teinte brillante, qui restent quelque temps en suspension. Cette quantité anormale de muçus due à l'inflammation, et à laquelle on donne le nom de muco-pus, ne peut être distinguée du pus par l'inspection microscopique de ses globules; mais si on le traite par l'éther, il ne donne jamais de traces aussi évidentes de matière grasse que le pus (Rayer).

* Lorsque, dit M. Rayer, une certaine quantité de pus est déposée dans l'urine à la suite d'une inflammation de la membrane muqueuse des voies urinaires..... la liqueur est trouble, blanchâtre ou lactescente au moment de l'émission. Recueillie dans un vase transparent, et abandonnée à elle-même, elle se sépare bientôt en deux couches: l'une supérieure, transparente ou légèrement trouble, ayant la teinte du petit-lait ou de l'urine foncée en couleur; l'autre inférieure, formée par un dépôt opaque, ordinairement d'une couleur blanche mate, laiteuse, presque semblable à celle de la cire, ou légèrement jaunâtre. Le niveau de cette couche purulente est bien tranché et ne se fond pas avec la dernière couche de l'urine qui la surmonte. » Si l'on place une goutte de pus sur une lame de verre et qu'on y verse un peu d'éther, la matière grasse est dissoute et reste apparente sur le verre après l'évaporation; c'est là, je le répète, le principal caractère qui distingue le pus du mucus.

Un certain mouvement fébrile, et par suite un trouble au moins marqué, dans quelques cas, des principales fonctions, complètent le tableau de la pyélite simple aigué, maladie encore mal étudiée.

2° Pyélite calculeuse aiguë. Si on lit attentivement la description donnée par M. Rayer de cette espèce de pyélite, on voit, qu'abstraction faite des accidents de colique néphrétique causés par la présence des calculs, la maladie ne distère de celle que je viens de décrire que par sa plus grande intensité. Ses principaux caractères sont toujours la douleur rénale et la présence dans l'urine d'abord du muco-pus, puis du pus en plus ou moins grande abondance. Les symptômes généraux sont en rapport avec les douleurs causées par les calculs et avec le degré de l'instammation. Les choses se passent de la même manière dans les pyélites dues à d'autres corps étrangers.

Il ne paraîtra pas étonnant à ceux qui ont bien compris ma manière d'envisager les affections de reins, que je traite en si peu de mots une maladie à laquelle les auteurs ont, sous des noms divers, consacré un si grand nombre de pages. Ils savent, en effet, que tous les détails nécessaires seront donnés dans les articles Gravelle, Calculs rénaux, Colique néphrétique, Rétention de l'urine et du pus dans le rein.

3° Pyélite chronique. La pyélite simple chronique est une maladie qui, si elle s'est montrée quelquesois à l'observation, n'a été du moins que très rarement indiquée,

Il n'en est pas de même de la pyélite calculeuse chronique, qui accompagne presque toujours les concrétions urinaires dont le rein est le siège.

4° La pyélite calculeuse chronique, dont la description peut s'appliquer, avec de très légères nuances, à l'inflammation du bassinet causée par la présence des ven rénaux, débute souvent par les symptômes de la pyélite aiguë, accompagnés de cem de la colique néphrétique. Au bout d'un temps variable, ces symptômes paraissent s'amender, mais la santé ne se rétablit pas complétement, il reste dans le rein une douleur sourde, et l'urine contient toujours une certaine quantité de pus. Puis surviennent le dépérissement, l'amaigrissement, la fièvre hectique, indices de la destruction du rein, et le malade finit par succomber épuisé, qu'il se forme ou ma un abcès dans la région rénale.

5° Abcès rénaux. C'est surtout lorsque des calculs volumineux et nombreux ont occasionné dans le rein une inflammation prolongée, qu'on voit survenir les abcès qui, après avoir envahi une grande partie de l'organe, se vident dans les voies urinaires, en rendant bien plus considérable la quantité de pus dans l'urine, ou s'étendent vers les parois lombaires, par lesquelles ils ont de la tendance à s'ouvrir une issue, on ensin occasionnent la persoration d'autres cavités (intestin, estomac, poumons, péritoine).

Les abcès qui deviennent manifestes du côté de la région lombaire se produisent ordinairement de la manière suivante : un ou plusieurs calculs déterminent l'inflammation de la substance rénale ; celle-ci finit par se détruire et par leur livrer un passage suffisant pour qu'une de leurs aspérités irrite le tissu cellulaire environnant ; ce tissu s'enflamme et suppure, les reins continuent à se désorganiser, et au bout d'un certain temps le calcul est à nu dans le tissu post-rénal.

Je ne m'étendrai pas sur la description de ces abcès produits par les calculs; is intéressent beaucoup plus le chirurgien que le médecin. Je ferai seulement remarquer qu'ils ne dissèrent pas sensiblement, pour leurs symptômes et leur marche, de ceux que j'ai décrits à l'occasion de la néphrite simple, et des tumes acéphalocystiques; seulement ils ont ceci de particulier, que l'hématurie, la colique néphrétique, la présence de graviers dans les urines, ont précédé les apparition. Ce sont donc des circonstances qu'il ne faut pas perdre de vue.

Lorsque la rupture de l'abcès contenant des calculs se fait dans les autres organes indiqués, c'est la sortie de ces calculs par une voie insolite qui est le symptôme capital. C'est ainsi qu'on a vu des calculs rendus par les vomissements et par les selles. Quand la rupture se fait dans le péritoine, elle donne lieu à une péritonite suraigué et mortelle.

Il est une autre lésion qui a une grande analogie avec les abcès et qui mérite de fixer un instant notre attention: je veux parler de la rétention du pus dans le bassinet, d'où résulte une accumulation souvent très considérable de ce liquide de la distension du rein.

Cette rétention a des symptômes analogues à ceux de la rétention de l'urise ou hydronéphrose, que je décrirai plus tard. C'est pourquoi je n'entrerai pas ici dans de très grands détails.

Si, dans le cours d'une pyélite causée par un corps étranger, celui-ci obstrue plus ou moins l'uretère, l'urine et le pus s'accumulent au-dessus et produient les accidents suivants: quand l'obstruction est complète, l'urine, précédemment purulent.

vient claire; la douleur rénale se produit ou augmente si elle existait; une tumeur ordinairement bosselée est sentie, en palpant l'abdomen, au-devant du rein malade. Quelques malades ont dit avoir senti le bruit de collision causé par les calculs contenus dans la poche purulente lorsqu'ils faisaient des mouvements. Bientôt la fièvre s'allume, il survient des vomissements; et cet état peut se terminer de trois manières. 1° Assez fréquemment, l'obstacle étant chassé, l'amas purulent se fait jour par les conduits urinaires, et une grande quantité d'urine fortement purulente est rendue en peu de temps. 2° Quelquefois, l'obstacle persistant, les accidents deviennent de plus en plus graves, et le malade succombe épuisé ou avec des symptômes cérébraux. 3° Bien plus rarement il y a rupture de la poche purulente dans une des cavités précédemment indiquées, ou dans le tissu cellulaire post-rénal, et alors les choses se passent comme dans les cas d'abcès de la substance rénale et du tissu environnant.

S IV. - Marche; durée; terminaison.

La marche de la maladie est rapide, à l'état aigu, surtout lorsque la pyélite est causée par un calcul. L'inflammation disparaît avec la plus grande promptitude dès que la cause cesse d'agir. La pyélite chronique peut marcher très lentement; mais il est ordinaire de voir les accidents de l'état aigu se reproduire fréquemment avec une grande violence, ce qui tient à ce que la maladie étant le résultat ordinaire de la présence des calculs, le moindre déplacement de ceux-ci peut produire les plus graves symptômes.

La durée de la pyélite aigué peut être très courte, par la raison que je viens d'indiquer; celle de la pyélite chronique est ordinairement longue. La pyélite aigué se termine par la guérison lorsqu'elle est simple, ce qui est rare. D'après M. Rayer, la pyélite qu'il nomme blennorrhagique serait souvent rebelle au traitement. Lorsque la pyélite est due à la présence d'un calcul ou d'un autre corps étranger, elle se termine promptement par la guérison si ce corps étranger est expulsé; dans le cas contraire, elle passe presque toujours à l'état chronique. M. Rayer a parlé d'une terminaison de la pyélite par gangrène, et il en a fait une espèce sous le nom de pyélite gangréneuse; mais cette gangrène ne se montre que dans des cas où il existe d'autres maladies très graves, dont la gangrène du rein n'est que la conséquence.

§ V. — Lésions anatomiques.

Dans les cas où les malades succombent avec une pyélite simple aiguê, ce qui arrive dans diverses maladies et dans certains empoisonnements, on trouve après la mort la rougeur, l'épaississement, la friabilité de la membrane qui tapisse le bassinet, et dans l'intérieur de cette cavité, une quantité plus ou moins grande de matière purulente ou de muco-pus mêlé à l'urine. Les mêmes lésions caractérisent la pyélite chronique, sauf que la rougeur est ordinairement obscure et que la matière purulente est plus abondante. On trouve, en outre, la désorganisation du rein, sa perforation, sa suppuration due à l'action des corps étrangers, cause habituelle de cette espèce de pyélite. Il n'est pas rare, comme on le sait, de trouver un ou plusieurs calculs dans la vessie en même temps que dans les reins, et il est arrivé fréquemment que les malades qui se trouvaient dans ces conditions ont succombé après l'opération de la taille. Cette simple indication des lésions est suffisante.

§ VI. — Diagnostie; promostie.

Nous avons vu que les seuls signes auxquels on peut distinguer une pyédite simple eigué d'une néphrite simple étaient la sécrétion du mucus et du pus et la présence de ces matières dans l'urine. On la distingue de la pyélite causée par un calcul, à l'absence de l'hématurie, des symptômes de la colique néphrétique et des graviers dans l'urine.

Les points de ressemblance de la pyélite avec le lumbago, les névralgies lombaires, la carie des vertèbres, le psoîtis, etc., me paraissent trop peu nombreux et trop faibles pour qu'on doive, à l'exemple de M. Rayer, établir entre ces maladies un diagnostic détaillé.

Lorsqu'il existe une poche purulente formée par la rétention du pus, en pent consondre la maladie avec quelques autres qui ont leur siégé dans le même point; ce sont les divers abcès qui se sorment aux environs des lombes par suite de l'inflammation du tissu cellulaire post-péritonéal, de la carie des vertèbres, etc. On a même pensé qu'un anévrysme de l'aorte descendante pourrait donner lieu à l'erreur. Les coliques néphrétiques, l'expulsion des graviers, l'hématurie, la présence du pus dans l'urine, sont les principaux signes à l'aide desquels on peut distinguer la pyélite calculeuse, dans laquelle se produit le plus souvent la rétention du pus.

Le diagnostic est plus difficile entre cette rétention purulente et la rétention de l'urine dans le rein ou hydronéphrose. Voici comment M. Rayer établit ce diagnostic : Dans les deux cas, la tumeur formée par le rein dilaté est ordinairement bosselée, fluctuante, mate à la percussion, et accompagnée d'un élargissement de la région lombaire. Mais les tumeurs formées par l'accumulation du pus dans la cavité du bassinet et les calices sont le siège de douleurs plus ou moins vives, au moins de temps à autre ; elles sont souvent accompagnées d'un mouvement fébrile, et si elles sont indolentes, elles deviennent ordinairement douloureuses par une légère pression ou dans certains mouvements du tronc. Dans l'hydronéphrose, au contraire, la tumeur est indolente et n'apporte d'autre incommodité que celle qui résulte de son volume. Enfin, lorsque la communication entre la poche formée par le rein distendu et l'uretère n'est pas complétement interrompue, l'urine, dans la pyélite avec tumeur, est purulente et opaque, tandis que, dans l'hydronéphrose, elle est ordinairement transparente ou seulement obscurcie par du mucus. »

Je n'ai pas rangé parmi les maladies des reins les abcès formés dans la région lombaire autour de cet organe, et que M. Rayer décrit sous le nom de périnéphrite. C'est une affection purement chirurgicale dont je n'ai pas cru devoir donner la description. Mais relativement au diagnostic, elle nous présente quelque intérêt, et voici comment l'auteur que je viens de citer traite cette question difficile.

Après avoir distingué l'amas de pus dans le bassinet de l'hydronéphrose, il ajoute: « Il est plus difficile de distinguer la tumeur formée par une collection purulente dans la cavité du bassinet, des abcès situés dans le tissu cellulaire qui environne le rein (périnéphrite), soit que ces abcès soient survenus à la suite d'une contusion, soit qu'ils aient été déterminés par le passage du pus ou de l'urine à travers une fistule rénale, consécutive à une inflammation du bassinet ou du rein. Au reste, il est à noter que, dans le cas d'une tumeur formée par une sollection de pus dans la cavité du bassinet, la fluctuation est plus profonde aux lombes que dans les cas d'abcès autour du rein. En outre, ceux-ci sont presque toujours suivis ou accom-

pagnés d'un ædème du tissu cellulaire sous-cutané de la région lombaire, ædème que je n'ai point observé dans les cas de collection purulente dans la cavité du rein sans abcès extra-rénal. Presque toujours aussi les abcès situés entre la face postérieure du rein et les muscles de la région lombaire finissent par soulever la peau dans un point où la fluctuation est très superficielle; et si l'on applique une des mains sur la partie antérieure de l'abdomen et l'autre sur la région lombaire, la fluctuation est plus sensible que dans les cas de collection purulente dans la cavité du bassinet et des calices. Le passage d'une certaine quantité de pus dans l'urine peut lever les doutes; mais ce signe manque lorsqu'il y a obstruction complète de l'uretère entre la vessie et le bassinet rempli d'urine et de pus.

Lorsque le rein forme une vaste poche purulente qui communique avec le tissu cellulaire extérieur, il y a complication des deux affections, et le diagnostic ne peut être porté qu'en ayant égard à la marche de la maladie. Au reste, le traitement étant le même, ce diagnostic n'a pas d'importance sous ce rapport. Le pronostic est seulement plus grave dans ce dernier cas, parce que la désorganisation du rein est plus complète.

Je ne scrai entrer dans le tableau synoptique du diagnostic que ce qui a rapport à la poche purulente sormée par le rein distendu, les autres assections dont j'ai parlé plus haut n'ayant pas un assez grand intérêt pratique.

TABLEAU STROPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1º Signes distinctifs de la distension du bassinet et des calices par le pus, et de la rétention de l'urine dans le rein, ou hydronéphrose.

RÉTENTION DU PUS.

Douleurs plus ou moins vives, spontanément ou à la pression.

Mouvement fébrile assez marqué, continu ou par intervalles.

Pus dans l'urine, si la communication n'est pas complétement interrompue.

Quand la communication se rétablit, flots d'urine purulente.

RÉTENTION DE L'URINE (hydronéphrose).

Tumeur indolente.

Pas de mouvement fébrile.

Urine normale, ou seulement chargée d'un peu de mucus.

Quand la communication se rétablit, grande quantité d'urine normale ou seulement muqueuse.

2° Signes distinctifs de la rétention du pus dans le bassinet et dans les calices, et des abcès autour du rein (périnéphrite).

RÉTENTION DU PUS.

Fluctuation plus profonde, moins marquée.

Point d'ædème sous-cutané de la région lombaire.

Pus dans l'urine, dans les cas où la communication n'est pas complétement interrompue.

Souvent précédée de colique néphrétique.

ABCÈS AUTOUR DU REIN (périnéphrile),

Fluctuation moins profonde, souvent tout à fait superficielle.

OEdème sous-cutané de la région lombaire (empâtement œdémateux.)

l'oint de pus dans l'urine.

Non précédés de colique néphrétique.

Pronostic. La pyélité simple aiguë étant ordinairement secondaire, c'est d'après le danger de la maladie principale qu'on doit porter le pronostic, auquel l'assection rénale n'ajoute pas par elle-même un grand degré de gravité. Si néanmoins cette

maladie locale se terminait par gangrène, comme on l'observe dans quelques cas, on conçoit facilement qu'une lésion aussi funeste hâterait nécessairement la mort. Nous avons vu que, d'après M. Rayer, la pyélite résultant de l'extension de l'inflammation dans la blennorrhagie est, non pas dangereuse, mais rebelle.

La pyélite causée par la présence des calculs dans le bassinet a, d'une manière générale, beancoup plus de gravité. Cette gravité dépend beaucoup néanmoins de la manière dont se comportent les calculs rénaux, qui en sont la cause déterminante. Si leur séjour dans la cavité rénale est peu prolongé, l'inflammation qu'is ont provoquée ne tarde pas à se dissiper; mais s'ils séjournent longtemps, ils occasionnent la désorganisation du rein, les abcès, les perforations, la rétention de pus quand ils obstruent l'uretère, et, dans tous ces cas, on doit porter un processe très fâcheux; car, en supposant même qu'on puisse, pour un temps, soustrain les malades aux accidents qu'ils éprouvent, il est toujours à craindre qu'ils n'es soient tôt ou tard attaqués de nouveau et mortellement.

§ VII. - Traitement.

Si nous faisons abstraction du traitement de la colique néphrétique, de cér qu'on dirige contre les calculs eux-mêmes, nous verrons que le traitement de à pyélite proprement dite ne nous offre de réellement important à étudier que a qui se rattache à la néphrotomie.

Relativement à l'inslammation simple, il sussit de dire que quelques émissions sanguines, les boissons adoucissantes, les bains, la diète ou un régime série sussissent pour les dissiper. Le traitement de la pyélite causée par les calculs et le même, saus que le repos doit être plus absolu, pour éviter les déplacement douloureux des corps étrangers.

Les moyens dirigés contre la colique néphrétique et contre les calculs eux-mêmes seront exposés plus loin.

Reste donc l'accumulation du pus dans le bassinet et dans les calices, pour le quelle on a proposé et pratiqué maintes sois la néphrotomie. Dans les cas où le collection purulente communique avec le tissu cellulaire qui entoure le rein, et et il y a par conséquent abcès lombaires, ceux-ci doivent être ouverts tout simple ment, comme il a été dit plus haut à propos des abcès de cette région.

Néphrotomie. Quant à la néphrotomie proprement dite, elle demande de piz grands détails. M. Rayer (1) a présenté un historique complet de cette opération. Je me contenterai de dire ici que, d'après les renseignements fournis par cet atteur, les anciens, à qui l'on avait attribué l'idée d'aller ouvrir les collections par rulentes dans l'intérieur même du rein, ce qui constitue la véritable néphrotomie. n'avaient pas pratiqué réellement cette opération, mais seulement l'ouverture de abcès lombaires. D'après cet historique, on voit encore que ce n'est guère qui l'époque où Riolan (2) a exprimé nettement son opinion sur la possibilité d'ouvre les tumeurs formées par le rein lui-même, que cette pratique fut discutée and connaissance de cause. Enfin ce n'est que vers la fin du xvii siècle qu'on a public un cas bien constaté d'incision du rein faite pour donner issue aux collections parsilentes et aux calculs contenus dans cet organe. La plupart des chirurgiens pessent

⁽¹⁾ Traité des maladies des reins, t. III, p. 206 et suiv.

⁽²⁾ Anthropographia; Parisiis, 1626, in-1°.

que dans des cas semblables il faut attendre, pour opérer, qu'il y ait une tumeur sensible avec fluctuation à la région lombaire; mais de la discussion dans laquelle il est entré sur ce sujet, M. Rayer tire les conclusions suivantes:

- Que les chirurgiens et les médecins, d'accord pour recommander l'ouverture des abcès extra-rénaux, et pour repousser la néphrotomie lorsqu'il n'y a pas de tumeur lombaire, n'ont pas assez généralement reconnu l'utilité dont pourrait être la néphrotomie pour les cas dans lesquels le rein très distendu est transformé en une énorme poche douloureuse, susceptible de se perforer;
- » Qu'il y aurait souvent danger, en de tels cas, à attendre, comme Boyer et la plupart des chirurgiens le recommandent, qu'un abcès extra-rénal se fût sormé, la poche rénale pouvant s'ouvrir dans le péritoine ou dans l'intestin, et la mort promptement survenir;
- » Que lorsqu'un des reins forme tumeur dans le slanc, si celui du côté opposé vient à être obstrué, il saut inciser le rein le plus anciennement affecté et formant tumeur;
- » Que si le conseil donné par Hévin de ne point inciser le rein lorsqu'il n'y a point de tumeur aux lombes a été généralement adopté, il serait cependant permis de tenter la néphrotomie dans un cas de mort imminente par l'effet d'une pyélite calculeuse double sans tumeur, mais avec anurie complète;
- Que dans le traitement des tumeurs rénales, l'incision est généralement préférable à la cautérisation et à la ponction. •

J'ai exposé ces raisons pour montrer quelles sont les ressources de la chirurgie dans ces cas difficiles; c'est maintenant à l'expérience ultérieure à décider quelle est la conduite à suivre dans les divers cas donnés. Les moyens par lesquels on donne passage à travers les lombes au pus et aux corps étrangers sont de diverses espèces. Trois procédés principaux ont été proposés: ce sont l'incision simple, l'incision et la ponction réunies, et la cautérisation suivie d'incision.

Incision. On fait coucher le malade sur le côté sain, le tronc légèrement arqué, pour faire saillir la région lombaire; un aide augmente cette saillie en comprimant la tumeur par sa face antérieure; alors une incision parallèle à la colonne vertébrale est pratiquée à 7 ou 8 millimètres du bord externe de la masse sacro-lombaire. Cette incision, qui n'intéresse que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, doit s'étendre du bord inférieur de la dernière côte à la crête de l'os des iles; puis, en ayant toujours soin de chercher la fluctuation à l'aide du doigt introduit dans le fond de la plaie, on pénètre de plus en plus profondément par des incisions successives. Lorsque l'on a reconnu le point fluctuant, on y plonge le bistouri, auquel on substitue rapidement, avant que le pus s'écoule, un bistouri boutonné, pour pratiquer le débridement; ensuite on introduit avec beaucoup de ménagement un stylet mousse, pour s'assurer si l'on pénètre dans l'intérieur du bassinet. Si l'on opérait sans ménagement, on pourrait, en détruisant seulement une bride, voir survenir une hémorrhagie, car les brides formées autour de ces abcès peuvent contenir des vaisseaux assez considérables, comme l'a vu M. Rayer.

"Si le doigt indicateur d'une des mains, porté, dit cet auteur, au fond de la plaie tandis que l'autre main est appliquée sur la face antérieure de la tumeur, sent de la fluctuation dans une véritable tumeur interposée entre ses deux mains, il est évident qu'on n'a pénétré que dans un abcès extra-rénal, et non dans la cavité de la poche rénale elle-même. Alors, après avoir abstergé soigneusement le fond de la

٠,٠

plaie, il faut porter de nouveau le bistouri sur la tumeur et pénétrer dans l'intérieur des calices ou du bassinet, pour pouvoir procéder à la recherche du calcul a pour donner une libre issue au pus. »

Si l'on ne trouvait pas facilement le calcul, ou si l'on avait quelque difficulté à l'extraire, il ne faudrait pas fatiguer le malade par de longues tentatives, mais la laisser reposer pendant trois ou quatre jours, et revenir ensuite à la recherche du corps étranger. Ce qu'il importe surtout, c'est d'ouvrir une issue aussi large que possible; car souvent, après quelques jours d'attente, ce corps étranger s'échappe de lui-même, ou du moins se présente à l'ouverture, de manière qu'il ne faut qu'une faible traction pour l'extraire. Lorsque l'ouverture paraît trop étroite, on pratique le débridement ou la dilatation par les moyens connus.

Incision et ponction. Ce procédé dissère principalement du précédent en ce que l'on sait précéder l'incision de la ponction exploratrice saite avec le trois-quarts. Cette manière d'agir n'a point d'avantage réel; elle peut même, on le comprendra sacilement, avoir des inconvénients, puisqu'en pratiquant une ponction dans des cas de le siège du mal est très prosond, on ignore le point précis où l'on porte l'instrument

Cautérisation et incision. On a fait encore précéder l'incision par la cautérisation des parties sous-jacentes à l'aide de la potasse caustique, comme dans les cas d'abcès et d'hydatides du foie; mais ce procédé est bien loin d'avoir les mêmes avantages quand il s'agit des collections purnlentes des reins. Aussi la longueur de l'opération et les douleurs causées par la cautérisation doivent-elles saire rejeter ce moyen, à moins de cas tout particuliers, comme ceux, par exemple, où la sucustion se serait sentir dans un point très voisin de l'intestin.

Soit que les collections purulentes se soient ouvertes spontanément, soit qu'a ait pratiqué l'opération, il peut rester des fistules rénales dont je ne parlerai pasici, parce qu'elles sont du domaine de la chirurgie.

ARTICLE III.

GRAVELLE.

Si l'on ne considère que les corps étrangers eux-mêmes, il n'est pas douten qu'entre les graviers et les pierres ou calculs il n'y ait, comme dit M. Ségalas(i), d'autre différence que celle du volume. Mais si l'on a égard aux symptômes que produisent les concrétions urinaires, on voit que de cette différence de volume résulte une différence extrême dans la manière d'être de la maladie, c'est-à-dire dans ce qui intéresse le plus le praticien. Les concrétions urinaires peuvent, en effet, être si fines que leur présence n'altère en rien la santé et ne donne lieu à aucus symptôme local, taudis que si leur volume augmente, elles occasionnent les simptômes les plus violents, et vont jusqu'à produire la désorganisation de l'organe. C'est donc une distinction utile pour la pratique que celle qu'on a établie entre la gravelle et les calculs rénaux proprement dits.

Comme les calculs rénaux, la gravelle est connue depuis les premiers temps de la médecine. On en trouve des descriptions plus ou moins complètes dans Galien.

⁽¹⁾ Essai sur la gravelle et la pierre; Paris, 1838.

Arétée (1). Mais c'est surtout aux écrits de Sydenham et de F. Hoffmann qu'il faut remonter pour trouver une bonne symptomatologie de cette affection. Parmi les modernes, il faut citer, comme ayant ajouté à nos connaissances sur cette symptomatologie, et surtout comme ayant, par les recherches chimiques; fait connaître la composition des concrétions urinaires, leur étiologie et leur traitement, Marcet (2), Brugnatelli (3), Prout, Magendie (4) et Civiale (5). Je citerai dans le confiant de cet article les principaux résultats de leurs recherches.

M. Civiale veut qu'on divise ainsi qu'il suit les concrétions urinaires : 1° lorsqu'elles consistent en une poudre fine, ou en paillettes, ou en très petits grains, il faut leur donner le nom de sable; 2° la gravelle proprement dite consiste dans de petits corps granuleux gros au plus comme une tête d'épingle; 3° lorsque ces concrétions ont acquis un plus grand volume, mais peuvent encore passer par l'uretère, ce sont des graviers; 4° si leur diamètre est trop grand pour leur permettre ce passage, ce sont des calculs; et 5° la dénomination de pierres est réservée aux calculs les plus volumineux. Cette division a une importance pratique incontestable. Aussi quoique, pour me conformer à l'usage, je désigne dans cet article les trois premières divisions sous le nom de gravelle, réservant pour l'article suivant les deux dernières, qui seront décrites sous le nom de calculs, je tâcherai de ne pas perdre de tue les différences signalées par M. Civiale, parce que, je le répète, la maladie est toute autre, suivant qu'on a affaire à une simple poussière dans l'urine ou à de véritables graviers.

On a encore proposé d'autres divisions fondées sur différentes circonstances, comme l'aspect des graviers (gravelle blanche, rouge, etc.); leur composition chimique (gravelle urique, phosphatique, etc.); des corps étrangers s'y trouvant accidentellement (gravelle pileuse); mais ces divisions n'ont de l'intérêt que sous des points de vue limités, tels que l'étiologie et le traitement. Il suffira donc de les rappeler lorsque j'exposerai les causes de la maladie et les moyens mis en usage pour la combattre.

SI. - Définition ; synonymie ; fréquence.

Je donne le nom de gravelle à toutes les concrétions qui, sormées dans le rein, peuvent sortir par les conduits urinaires en déterminant ou non les symptômes connus sous la dénomination de colique néphrétique.

Cette maladie ainsi conçue n'a guère d'autre nom qui lui soit parfaitement applicable. On l'a comprise souvent, dans la description générale des conçrétions urinaires, sous les noms de calculatio, lithiasis, etc.

La gravelle est une maladie des voies urinaires qui se présente fréquemment à l'observation, et il est certain qu'on la trouverait plus fréquemment encore si un certain nombre de sujets qui ont des petites concrétions sous forme de poussière ou de granules, ne négligeaient ce symptôme qui, n'entraînant aucun trouble sensible dans la santé générale, n'a pour eux aucune importance.

(1) De curat. morb. diut., lib. 11.

(3) Litologia umana; Pavia, 1819.

⁽²⁾ An essay on the chem. hist. and med. treat. of calc. disord.; London, 1817.

⁽⁴⁾ Recherch. sur la gravelle; Paris, 1828, in-8. — Dict. de médecine et de chir. pratiques, art. GRAVELLE, t. IX, p. 237.

⁽⁵⁾ Traité de l'affection calculeuse; Paris, 1838. — Du traitement médical et préserratif de la pierre et de la gravelle; Paris, 1840.

calices sont énormément distendus; la substance du rein est atrophiée et réduite à une lame mince, et de là résultent les bosselures senties pendant la vie et qu'on voit après la mort. « Le liquide, dit M. Rayer, qu'on trouve dans les tumeurs après la mort, ou qui en sort à la suite d'une ponction, n'a jamais les qualités de l'urine saine, même dans les cas où la maladie résulte de l'oblitération des conduits urinaires, mais ce liquide contient toujours de l'urée. »

§ VI. - Diagnostic; pronostic.

Voici comment le même auteur pose le diagnostic : « De semblables tumeurs, dit-il, ne peuvent être confondues, par leur forme, qu'avec celles qui résultent des kystes des reins, de l'accumulation du pus ou du sang dans le bassinet et les calices dilatés; mais dans l'inflammation du bassinet l'urine est toujours plus ou moins chargée de pus, à moins que toute communication ne soit interceptée entre le bassinet enflammé et la vessie, ce qui n'est pas le cas le plus ordinaire. D'ailleurs, dans la pyélite, la tumeur est presque toujours douloureuse, et le plus souvent elle est indolente dans l'hydronéphrose. Dans les derniers temps de l'hydropisie des reins, l'urine muqueuse et légèrement filante rendue par le malade est bien distincte de l'urine purulente et sanguinolente de la pyélite chronique : de sorte que, après un examen attentif, il sera toujours possible de distinguer ces deux espèces de tumeurs rénales. »

Des erreurs de diagnostic assez graves ont cependant été commises au sujet de la maladie qui nous occupe. Dans trois cas cités par M. Rayer, et empruntés à différents auteurs, la tumeur rénale fut prise pour l'utérus développé, ou bien pour une hydropisie de l'ovaire, ou encore pour un spasme de l'intestin (Howison). Cette dernière maladie, même en admettant son existence, se trouve naturellement écartée par un signe bien simple: le son clair que doit rendre la tumeur intestinale, tandis que la tumeur rénale donne un son mat à la percussion. Quant aux deux autres, la position de la tumeur, et surtout la détermination de son point fixe, serviront, avec les symptômes propres aux affections dont l'ovaire ou l'utérus sont le siège, pour fixer le diagnostic. Reconnaissons, du reste, que, sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, la maladie qui nous occupe demande de nouvelles recherches.

Pronostic. On a vu plus haut que le pronostic de cette affection, lorsqu'elle n'a son siège que d'un seul côté, est loin d'être actuellement grave; mais, ce qu'il y a à redouter, c'est que la cause qui a déterminé l'obstruction complète du conduit urinaire n'agisse tôt ou tard sur le côté opposé, car l'hydronéphrose double et permanente est une maladie mortelle. Lorsque le rein affecté s'enslamme, l'état devient très grave et souvent mortel.

& VII. - Traitement.

Voici le résumé du traitement tel que l'a présenté M. Rayer: Dans le traitement de l'hydronéphrose, il faut rechercher la cause de l'obstruction de l'uretère; et si cette obstruction paraît due à un calcul, et que, par l'examen de l'urine et à l'aide d'autres renseignements, on parvienne à connaître la nature (1) du calcul.

⁽¹⁾ Voy. à ce sujet ce que j'ai dit dans le passage consacré au traitement chimique des concréts me urinaires, p. 291 et suiv.

gravelle que les pays tempérés et humides. Cet auteur a trouvé, en effet, que cette maladie est aussi commune en Égypte, dans l'Inde, en Suède, en Danemarck, qu'en France et en Angleterre.

Localités. On a remarqué que, sous le même climat et dans des conditions en apparence les mêmes, certaines localités offrent un très grand nombre d'individas atteints de concrétions urinaires, tandis que des localités très voisines n'en présentent aucun exemple. Faut-il voir dans ces faits une influence de l'air et des lieux? M. Magendie ne le pense pas, et croit plutôt qu'il faut tout rapporter au régime. C'est également à un régime animal et à l'abondance des boissons spiritueuses que M. Orfila rapporte le grand nombre de cas d'affections calculeuses qu'on observe dans l'île de Majorque. Mais nous allons voir combien d'incertitudes règnent sur l'influence du régime, et nous serons obligés de convenir qu'il y a dans ce point d'étiologie quelque chose qui nous échappe complétement et dont nous ne pourriens remplacer la connaissance que par de simples conjectures.

Une vie sédentaire, la fortune, qui permet de se procurer sans satigue tontes les jouissances, sont regardées comme des conditions dans lesquelles la gravelle se développe bien plus sréquemment que dans des conditions opposées. Quelques observations saites sur les soldats et les marins semblent venir à l'appui de cette assertion; mais il ne saut pas oublier que ces derniers ne sont observés qu'à une certaine époque de leur existence, tandis que les observations saites sur les autres sujets portent sur toutes les périodes de la vie.

L'hérédité de la gravelle est assez généralement admise, et un bon nombre d'auteurs ont cité des faits en faveur de cette manière de voir; mais M. Civiale qui, pour étudier l'étiologie de cette affection, a rassemblé le plus grand nombre des faits connus, reste dans le doute à cet égard.

Il faut ajouter à cette énumération certaines maladies des parties supérieures des voies urinaires, comme le rétrécissement, l'obstruction des uretères, qui, en rendant difficile l'écoulement de l'urine, favorisent le dépôt des concrétions.

On a encore rangé parmi les causes prédisposantes la dentition, un état habituel de tristesse, une contention d'esprit prolongée, etc. Mais nous ne pouvons admettre leur influence réelle avant que des recherches plus exactes soient venues nous éclairer.

2º Causes occasionnelles.

De ce que certains individus ont rendu des graviers après un exercice violent ou après avoir été secoués par le cheval ou cahotés dans une voiture, on a paru en conclure que les secousses étaient des causes occasionnelles de la gravelle. Ne doit-on pas bien plutôt reconnaître qu'elles ont simplement provoqué la sortie des graviers, et qu'elles ont déterminé la manifestation, mais non la production de la maladie?

Aliments. Je n'ai point parlé du régime à propos des causes prédisposantes, parce que, dans les idées des auteurs qui lui accordent une certaine influence, il n'agit pas seulement en prédisposant l'organisme, mais en produisant la matière des concrétions, et par conséquent la maladie elle-même. Pour bien traiter cette question de l'influence des aliments et des boissons, il faudrait que des recherches eussent été faites, non seulement sur l'action de ces agents dans la production de la

gravelle en général, mais encore de chaque espèce de gravelle en particulier. C'est ce qui a été fait pour quelques unes, mais non pour toutes.

On a dit, et M. Magendie est un des principaux défenseurs de cette opinion, qu'un régime azoté, substantiel, composé principalement de viandes noires, es la principale cause de la gravelle urique (gravelle rouge, Mag.). Cette opinion s'est appuyée sur des faits de physiologie comparée et de pathologie. Mais M. Civiale, réunissant un bien plus grand nombre de faits, a démontré : 1° que la proportion de l'urée, augmentant notablement par le régime azoté, n'est nullement et rapport avec la proportion de l'acide urique; 2° que, dans un grand nombre de localités où la nourriture est presque exclusivement animale, la gravelle est for rare. Aujourd'hui cette influence du régime azoté est généralement regardée comme bien moins considérable qu'on ne l'a cru pendant quelque temps.

L'usage d'aliments contenant de l'acide oxalique, et de l'oseille en particulier paraît à quelques auteurs nécessaire pour la production des graviers d'oxalité de chaux (gravelle jaune, Magendie). Il est certain que plusieurs faits aujourd'habien connus ont prouvé le rapport de cause à effet de cette alimentation et de bien gravelle dont il s'agit, et d'un autre côté, ainsi que le fait remarquer M. Becquerel 1. il suffit d'avoir pris une certaine quantité de ces aliments pour que, le soir men eu le lendemain, on trouve dans l'urine des cristaux d'oxalate de chaux; mais estit bien démontré que cette gravelle ne peut se produire dans aucune autre circustance? C'est ce qu'il ne me paraît pas permis de décider complétement.

On a pas recherché l'action des diverses alimentations sur les autres espèces de gravelle; on s'est contenté de dire que le fromage (Kern), certains fruits, comme les poires, etc., pouvaient donner lieu à la gravelle, sans spécifier l'espèce. (Le assertions ne sont pas appuyées sur des faits assez importants pour qu'il soit nécesaire de les discuter.

Boissons. Les boissons spiritueuses ont été rangées parmi les causes les pleefficaces de la gravelle, et principalement de la gravelle urique; mais cette opinion n'a pu soutenir l'épreuve des faits.

On a été naturellement porté à penser que les eaux contenant certains sels, « principalement des sels de chaux qu'on retrouve dans les graviers, devaient produire facilement la gravelle. Mais encore ici l'expérience a démenti la théorie. Com ainsi qu'à Arcueil, dont les eaux contiennent une si grande quantité de carbonie de chaux, les habitants ne sont nullement sujets à la gravelle.

L'usage de la bière a-t-il plus d'action? C'est ce dont il est permis de dours. malgré les assertions de Sœmmerring.

L'urine rendue après qu'on a pris du thé ou du café contient, d'après les recherches de M. Donné, une grande quantité d'acide urique cristallisant par refroidissement. Faut-il en conclure que ces boissons peuvent par elles-même produire la gravelle urique? Je ne le crois pas. Ce qu'il faut inférer de ces expriences, c'est que, chez un individu prédisposé, l'usage de ces substances pourais déterminer la production de la maladie.

Ensin, on a dit que la trop petite quantité des boissons pouvait être une cass déterminante de la gravelle; mais c'est là une assertion uniquement soudée sur de

⁽¹⁾ Sémélotique des urines, p. 430.

idées théoriques; il en est de même du défaut de chaleur animale permettant la cristallisation des sels chez le vieillard, etc. On a vu quelquesois le désaut d'exercice, le séjour au lit, l'immobilité, être suivis de gravelle; mais les sujets ont pu se trouver dans tant d'autres circonstances, qu'avant d'avoir des observations plus précises et plus détaillées que celles que nous connaissons, nous ne devons admettre ces saits qu'avec réserve.

On voit, d'après tout ce qui précède, qu'il faut reconnaître, avec les auteurs modernes, que dans la production de la gravelle il y a une influence cachée sans laquelle les causes en apparence les plus efficaces ne peuvent rien. La chimie et la physiologie nous ont plutôt fait connaître le comment que le pourquoi, ainsi que cela a lieu dans un grand nombre de faits pathologiques.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes, ai-je dit plus haut, ne diffèrent réellement que suivant le volume plus ou moins considérable des concrétions urinaires. C'est donc d'après la division établie par M. Civiale qu'il importe de les étudier.

1° Sable dans l'urine. Quand peut-on dire qu'il y a véritablement du sable dans l'urine et non un simple sédiment? C'est là une première question qui ne laisse pas d'offrir quelques difficultés. Suivant M. Civiale, lorsque l'urine sort sans présenter à l'instant même des grains de sable tout formés, et que le refroidissement est nécessaire pour leur apparition, il n'y a pas gravelle. C'est là assurément un bon moyen de distinguer la gravelle du simple sédiment cristallisé ou non. Cependant il est quelques cas où la formation des cristaux d'acide urique est si rapide, que, bien qu'on ait eu le temps de voir l'urine transparente, la cristallisation a été presque instantanée. Si l'on ne peut pas dire que, en pareil cas, il y ait réellement gravelle, on doit reconnaître du moins qu'elle paraît imminente, et que cet état appelle l'attention du médecin : il était donc important de le signaler. Cette réserve faite, la différence établie par M. Civiale lève toutes les difficultés.

Que le sable sorte tout formé avec l'urine; que, par conséquent, il y ait eu déjà cristallisation ou précipitation amorphe dans les voies urinaires, ou bien que la cristallisation n'ait lieu que par suite du refroidissement, les symptômes sont ordinairement nuls. Cependant on voit des sujets éprouver dans les régions rénales une gêne, et quelquesois une douleur sourde, qui peut les inquiéter s'ils ont reconnu l'état de leurs urines. Ce symptôme se remarque surtout dans le cas où le sable se forme dans le rein. M. Civiale a vu là un signe d'irritation, ce qui l'a engagé à regarder l'irritation comme la cause organique principale de la formation des concrétions arinaires. Mais l'étude attentive des faits et l'état des reins observé après la mort causée par d'autres maladies ne permettent pas d'accorder à cette opinion toute l'importance que lui donne cet auteur.

2º Graviers pouvant traverser les uretères. Chez des sujets qui ont déjà présenté du sable dans leurs urines, et parsois chez des individus qui n'ont point offert ce symptôme, l'urine rendue contient une plus ou moins grande quantité de graviers gros comme la tête d'une épingle, souvent plus petits, quelquesois plus volumineux. Chez ceux qui ont préalablement du sable dans les urines, voici comment se passent les choses, d'après M. Magendie : « Le plus souvent, dit-il, celui qui doit être attaqué de la gravelle ressent, quelques mois avant son apparition, un

sentiment particulier de fourmillement, d'engourdissement dans la région des reins; son urine est foncée en couleur et laisse déposer, au bout d'une heure ou deux, un sédiment rougeêtre plus ou moins abondant.... Ces premiers symptômes s'accroissent, le sentiment d'engourdissement des reins se change en une véritable faiblesse douloureuse qui varie d'intensité; le lendemain du jour où elle a été le plus forte, une certaine quantité de sable est évacuée avec l'urine. » Ces prodromes se rapportent particulièrement à la gravelle urique, qui est, il est vrai, la plus frequente de toutes.

Plus tard, ces symptômes continuant, on trouve dans l'urine les gravier indiqués, et ordinairement arrondis. Souvent le malade les entend tomber are bruit dans l'urinoir, mais ordinairement il n'éprouve aucun accident grave. Cependant on a vu maintes fois ces petits graviers, d'un diamètre inférieur à celu de l'uretère, produire de violents symptômes qui seront décrits plus bas, et qui pe sont autres que ceux de la colique néphrétique. Cet accident peut s'expliquer, dans quelques cas, par les aspérités d'un gravier qui ont arrêté ce corps étranger dans le conduit réno-vésical, et qui ont déchiré les parois de ce conduit; ou bien par la forme de ce corps, qui, ayant dans un sens un diamètre considérable, s'ex présenté au passage suivant ce diamètre. Mais, dans quelques cas aussi, on pe trouve aucune explication de ce genre. Il faut bien admettre alors une contraction, un resserrement spasmodique du canal qui a empêché le calcul d'avancer.

3° Graviers d'un volume trop grand pour traverser librement l'uretère. Lanque les graviers sont trop volumineux pour traverser librement le conduit, ils pervent souvent encore s'engager dans la partie supérieure, et ne descendre ensuit que très péniblement. En pareil cas, l'hématurie et la colique néphrétique sont le ignes auxquels on reconnaît ces concrétions.

Il peut même arriver qu'après s'être engagé, un calcul reste fixé dans l'uretère. où il détermine d'abord une irritation, puis une inflammation plus ou moins vise Dans ces cas, après un ou plusieurs accès de colique néphrétique, après une or plusieurs hématuries, survient la distension de l'uretère, puis celle du rein, sei simplement par l'urine, soit par l'urine mêlée de pus. Ce dernier état morbide à été décrit, l'autre sera étudié plus tard.

L'examen de l'urine, dans ces trois espèces, sait reconnaître un grand nombre de caractères communs, et c'est pourquoi je l'ai renvoyé après la description des autres symptômes.

L'urine est en général aussi abondante qu'à l'état normal. On a vu néanmoiss à quantité augmentée ou diminuée dans quelques cas. Il faut prendre garde de « laisser tromper par quelques circonstances. Les remèdes qu'on donne aux salades ont presque tous pour but d'augmenter la sécrétion urinaire; il n'est dont pas surprenant qu'alors les urines soient plus abondantes. D'un autre côté, une concrétion peut obstruer l'uretère, et, dans ce cas, il y a, non pas diminution, mas arrêt de l'urine d'un côté. Dans les cas où les graviers produisent la colique apphrétique, l'urine peut être complétement supprimée, quoiqu'un seul uretère sal obstrué; mais il est plus ordinaire de voir le rein sain suppléer en pareil cas à la sécrétion du rein malade.

On conçoit que l'urine doit présenter des caractères physiques très variable

suivant les cas. Tout dépend, en effet, non de la gravelle elle-même, mais de l'état dans lequel se trouvent les organes urinaires. Le sang, le pus, l'albumine, le mucus, lui donnent des aspects que nous avons décrits plus haut, lorsque l'in-flammation occupe les voies urinaires. Dans le cas contraire, l'urine conserve ses caractères normaux, et la présence du sable ou des graviers est la seule circonstance remarquable.

Voici toutesois une distinction importante établie par M. Rayer entre l'état de l'urine dans les cas de gravelle urique et dans les cas de gravelle phosphotique:

Lorsque, dit cet auteur, les graviers qui déterminent ces accidents (ceux de la colique néphrétique) sont composés d'acide urique (et c'est le cas le plus ordinaire), l'urine est acide, et le sédiment offre des cristaux rhomboïdaux d'un jaune rougeatre. Filtrée, elle devient légèrement louche lorsqu'on la traite par l'acide nitrique, qui précipite une certaine quantité d'acide urique ou d'albumine, mélangée ou non de globules sanguins.

Lorsque les graviers sont phosphatiques, l'urine, alcaline et louche au moment de l'émission, s'éclaircit d'abord par l'addition de l'acide nitrique, et elle se trouble quelquesois ensuite par l'addition d'une plus grande quantité de cet acide, si elle contient de l'albumine, du sang ou du pus.

Sable. Quelquesois, ai-je dit, le sable sormé par la cristallisation des principes salins de l'urine ne se montre qu'après l'émission et un commencement de resroi-dissement. Ce n'est sans doute pas là encore un état réellement pathologique; mais cette cristallisation annonce l'imminence de la véritable gravelle, ainsi que nous l'avons vu, et le traitement devant commencer dès ce moment, le médecin ne doit jamais négliger ce symptôme. Il est bien rare que le sable qui se produit ainsi après l'émission de l'urine soit autre chose que de l'acide urique cristallisé. La poudre qui en résulte a, par conséquent, presque toujours les caractères du sable qui s'est sormé avant l'émission, et qui est également de l'acide urique cristallisé dans le plus grand nombre des cas.

Lorsque le sable est formé au moment même de l'émission, il se rassemble promptement au fond du vase, tandis que celui qui se dépose par suite du refroidissement se montre d'abord sur les bords là où le liquide offrant une moindre épaisseur, subit le plus promptement l'influence de la température extérieure. C'est là un signe différentiel qu'il ne faut pas oublier. Quant aux caractères chimiques de ces gravelles pulvérulentes, comme ils ne différent pas de ceux qu'on retrouve dans les gravelles où les concrétions sont plus volumineuses, je me contente ici de donner quelques indications qui serviront à distinguer entre eux les différents sables.

L'acide urique se montre quelquesois sous sorme de poudre amorphe, mais bien plus souvent sous sorme de prismes rhomboïdaux. L'urate d'ammoniaque est en poudre amorphe, et se distingue du phosphate de chaux, également en poudre amorphe, en ce que ce phosphate se dissout complétement dans l'acide nitrique étendu au huitième, tandis que l'urate d'ammoniaque donne un précipité d'acide urique cristallisé. Les phosphates se montrent sous sorme d'un sédiment blanc et crayeux; cependant le phosphate ammoniaco-magnésien est cristallin, et présente des prismes à quatre pans, terminés par des pyramides à quatre saces ou en aiguilles.

Graviers. On se rappelle que nous avons réservé le nom de graviers pour les

concrétions qui présentent un volume qui varie ordinairement entre celui d'une tête d'épingle et celui d'un pois, et qui parsois ayant une grosseur plus considérable. causent par cela seul les accidents alarmants de la colique néphrétique.

La forme des graviers varie beaucoup. Cependant il est exact de dire, d'une manière générale, qu'ils sont ovalaires ou oblongs; c'est là en effet, le cas le plus ordinaire. Mais on en a vu d'arrondis, d'autres qui avaient la forme d'une poire, qui étaient prismatiques, etc. Il arrive parfois, même lorsque les calculs ont la forme arrondie, qu'ils présentent à leur surface une ou plusieurs aspérités; en pereil cas, on comprend facilement comment, en traversant l'uretère, ils déterminent l'hématurie et la colique néphrétique.

Le nombre de ces concrétions peut être très considérable. En général, il est a rapport inverse de la grosseur des petits calculs; mais cette règle souffre des exceptions.

Les autres caractères étant différents suivant les graviers, on ne peut les présenter d'une manière générale. Voyons donc ce qui distingue chaque espèce de gravelle.

Gravelle urique. Les graviers d'acide urique, les plus communs de tous, sont d'un rouge jaunâtre : de là le nom de gravelle rouge; mais cette couleur n'ex pas propré à l'acide urique, elle est due à une matière colorante sur laquelle les chimistes ne sont pas parfaitement d'accord. En contact avec les alcalis, et survet avec la potasse, ils se dissolvent facilement et promptement. L'acide nitrique les dissout avec effervescence, et si l'on évapore la solution jusqu'à siccité, il reste sur le vase une couche de couleur pourpre. Exposés à un feu vif, ils sont entièrement consumés, signe caractéristique très important pour le praticien.

Gravelle phosphatique. Les graviers de phosphate anmoniaco-magnésien sont ceux qu'on rencontre ordinairement dans cette espèce. Lavés, ils se présentent net une couleur blanche; mais avant cette opération ils sont gris, ce qui leur a value nom de gravelle grise. Ils verdissent le sirop de violette. Leur saveur est sale. Sur les charbons ardents ils noircissent, en répandant une odeur ammoniacale. Le potasse et la soude, triturées avec eux, en dégagent l'ammoniaque.

Les graviers de phosphate de chaux n'ont pas le même intérêt pour nous; ils sur très rares, ainsi que les concrétions formées par les autres sels calciques. Ils sur blancs, d'où le nom de gravelle blanche, qui leur est commun avec celle qui es formée de graviers de carbonate de chaux, etc.

Gravelle oxalique. Les graviers formés d'oxalate de chaux sont loin de pouvez être rangés parmi les plus fréquents. Ils sont généralement d'un jaune brun, et ce été désignés par le nom de gravelle jaune; cependant on les trouve quelquesois de couleur brune et noirâtre. En les brûlant à l'aide du chalumeau, on enlève l'ande oxalique, et il ne reste qu'une poudre blanche qui n'est autre chose que la champure.

Gravelle pileuse. On a trouvé quelquesois, comme nous l'avons vu, des pois au milieu des concrétions; mais cette circonstance, très remarquable sous d'autres points de vue, n'a pas un intérêt réel pour le praticien.

J'ai dû, pour bien faire comprendre les caractères de la gravelle, indiquer d'une manière distincte ce qui se passe, suivant que du sable seul ou des graviers plus ou moins volumineux sont rendus. Mais il ne saut pas croire que les concréues

urihaires se présentent toujours de la même manière chez un même sujet. Il est des malades, sans doute, qui dans tout le cours de leur affection ne rendent que du sable avec leurs urines; mais il en est beaucoup aussi qui rendent tantôt du sable, tantôt des graviers d'un petit volume, tantôt des graviers assez volumineux pour causer les symptômes de la colique néphrétique, et souvent il est très difficile de découvrir la cause du changement qui a lieu, à des intervalles variables, dans la grosseur des calculs, changement d'où résulte une si grande différence dans les symptômes de la maladie.

Lorsque les concrétions sont assez nombreuses pour déterminer l'irritation des parties qui les renferment, lorsque la maladie dure depuis longtemps, et qu'il y a eu plusieurs accès de coliques néphrétiques, les reins finissent par s'enflammer d'une manière chronique, et de là les symptômes de la néphrite chronique: dou-leur, miction purulente, dépérissement. Ces symptômes persistent jusqu'à la mort, avec des exacerbations plus ou moins vives, toujours dues aux irritations vives causées par les concrétions, et il n'est pas rare, dans de semblables circonstances, de voir des calcule se former chez des sujets qui jusque-là n'avaient rendu que du sable ou des graviers.

S IV. — Marche; durée; terminaison.

Il résulte de la description précédente que la marche de la gravelle est une des moins uniformes que nous connaissions. La variabilité du volume des concrétions en est la cause; car suivant que celles-ci sont volumineuses ou non, le malade peut être en proje aux plus vives sousirances, ou paraître dans le meilleur état de santé, à cela il faut joindre les effets du traitement, qui peuvent pendant un certain temps faire disparaître tous les symptômes, et les variations du régime et des conditions hygiéniques, dont l'action sur la gravelle déjà existante est souvent très marquée.

La durée de cette affection est illimitée. Lorsque le malade rend du sable déjà formé au moment de l'émission de l'urine, il est rare qu'on en triomphe; et lorsqu'il existe de véritables graviers, on voit la maladie se prolonger ordinairement jusqu'à la mort du sujet, qui, ainsi que nous l'avons vu, peut être causée par la gravelle elle-même, lorsque les graviers sont abondants et assez volumineux pour irriter les parties et pour franchir difficilement l'uretère.

§ V. — Lésions anatomiques.

Lorsque l'affection consiste simplement dans un dépôt de sable, on trouve dans les diverses parties des conduits urinaires comme des incrustations formées par ces concrétions. Nous avons vu que chez les nonveau-nés les tubuli sont dessinés sous forme de pinceaux par la poussière d'acide urique qu'ils contiennent. On peut également trouver dans les parois des cavités rénales quelques légères traces d'inflammation; mais en général ces dépôts pulvérulents n'occasionnent pas d'altération sensible dans l'organe.

Les graviers se retrouvent également en plus on moins grande abondance dans les calices et le bassinet. On peut en rencontrer même dans la vessie. Les signes d'inflammation des reins sont alors bien plus prononcés, et lorsque les graviers sont volumineux, nombreux, couverts d'aspérités, ils ont ordinairement provoqué

l'inflammation chronique du bassinet, des calices et même de la substance des reins. De là le pus dans ces cavités, les abcès, etc.; lésions que j'ai décrites à l'occasion de la pyélite et de la néphrite chroniques.

Si un gravier s'est arrêté dans l'uretère, et a suspendu le cours de l'urine et du pus, on observe la dilatation, par les liquides, du bassinet et de la partie de l'uretère située au-dessus de l'obstacle. Nous allons retrouver ces lésions plus marqués encore en décrivant les véritables calculs rénaux.

§ VI. - Diagnostie; pronostie.

Le diagnostic de la gravelle telle que je l'ai décrite, c'est-à-dire abstraction faite des symptômes de la colique néphrétique, ne présente généralement aucune dificulté sérieuse, car la présence du sable ou des graviers dans les urines est le phénomène pour lequel on est consulté. Cependant il est quelques cas particuliers qui méritent d'être étudiés.

Un malade, sans avoir préalablement rendu du sable ou des graviers, éprouve des douleurs sourdes et continues dans une région rénale ou dans les deux à la sois; peut-on, en pareil cas, déterminer si ces douleurs sont dues à la gravelle dont la production n'est pas actuellement visible? Il faut dire, avec M. Civiale, que ce diagnostic, qui ne pourrait être porté que d'après des signes rationnels, est tost à sait impossible.

Un malade a, au contraire, rendu déjà du sable ou des graviers; après avoir été débarrassé des symptômes de cette affection, il lui survient de nouveau de la douleur, de la pesanteur dans la région rénale, mais on ne voit encore dans l'urise aucune concrétion. Dans ce cas, on peut supposer que de nouveaux graviers et sont formés dans les reins, mais on ne saurait porter un diagnostic positif, car beaucoup d'autres maladies, telles qu'une simple néphrite, un lumbago, une douleur nerveuse lombaire, peuvent produire des phénomènes semblables.

L'espèce de gravelle sera facilement diagnostiquée à l'aide des caractères qui ont été indiqués plus haut; il ne faudrait pas, comme le veulent quelques auteurs, se contenter de la couleur des graviers; car, ainsi que nous l'avons vu plus haut, elle peut être altérée par des substances étrangères. Pour le traitement il est important de porter d'une manière assez exacte ce diagnostic; cependant ce qu'il est principalement nécessaire de se rappeler, c'est que la gravelle est tantôt acide et tantôt alcaline, car c'est d'après cette considération capitale qu'on lui oppose les principaux moyens de traitement.

§ VII. - Traitement.

Je n'ai pas à insister beaucoup sur le traitement de la gravelle, parce qu'il est le même que celui des calculs rénaux et de la colique néphrétique, à laquelle ces diverses concrétions donnent naissance. Il en sera par conséquent question d'une manière détaillée dans les deux articles suivants. Je dirai seulement ici que les diurétiques doivent être plus particulièrement opposés à la simple gravelle, attends que tout ce qui peut favoriser l'expulsion des graviers suffit maintes fois pour faire disparaître les accidents les plus redoutables, et que ces graviers, étant peu voismineux, sont plus ou moins facilement entraînés par le liquide urinaire.

ARTICLE IV.

CALCULS RÉNAUX.

Ce que je viens de dire relativement aux petites cristallisations ou concrétions qui constituent la gravelle me dispense d'entrer dans de longs développements sur les calculs qui se forment dans les reins; la seule différence capitale qui existe en effet dans ces concrétions se trouve dans leur volume et dans leur forme. Je vais donc rapidement exposer ce qui appartient en propre aux calculs volumineux formés dans les reins, et passer ensuite inimédiatement au traitement mis en usage pour les dissoudre, ainsi que les graviers dont je viens de tracer l'histoire.

Les causes des calculs rénaux ne dissèrent pas de celles de la gravelle. Leur volume varie énormément; ainsi ou en trouve qui excèdent à peine la grosseur d'un pois, et qui néanmoins n'ont pu être expulsés par l'uretère ou qui sont restés sixés dans le point où ils se sont sormés; d'autres, au contraire, remplissent tout le bassinet, et l'on en a vu qui, envoyant des prolongements rameux dans toutes les cavités rénales, ont ainsi envahi l'organe tout entier.

La forme des calculs n'est pas moins variée; cependant on les trouve ordinairement arrondis, présentant ou non des aspérités plus ou moins considérables, par suite des prolongements qui envahissent les diverses cavités rénales. Leur forme est quelquesois très bizarre, aussi les a-t-on comparés souvent à divers animaux avec lesquels ils avaient une ressemblance grossière.

Ces calculs se trouvent ordinairement dans le bassinet et dans le calice; on en a vu qui étaient à moitié engagés dans l'uretère, et, dans un cas, la partie engagée était longue et amincie, tandis que la partie restée dans le bassinet était aplatie, ce qui donnait au calcul la forme d'un clou.

La composition des calculs est la même que celle des concrétions décrites à l'article Gravelle; cependant il arrive quelquesois qu'on trouve dans les calculs volumineux plusieurs couches de composition dissérente. « Non seulement, dit M. Civiale, toutes les espèces de calculs simples et homogènes peuvent prendre naissance dans le rein, de même que dans tous les autres départements des voies urinaires; mais ils peuvent aussi, en y séjournant, y passer par tous les changements de nature et d'aspect qu'ils subissent dans la vessie. » Il faut seulement savoir que ces changements sont beaucoup plus rares dans la première de ces parties.

La dureté des calculs est très diverse; ceux qui sont formés d'acide urique sont les plus durs. Ce caractère, du reste, n'a nullement l'importance qu'il présente dans les calculs de la vessie.

Il résulte de la diverse composition des calculs que les caractères chimiques peuvent varier plusieurs sois dans l'épaisseur d'une même concrétion; car les concrétions sont généralement sormées de couches concentriques, mais ce sont toujours les mêmes substances indiquées à l'article Gravelle, et par conséquent il n'y a pas à y revenir ici.

Symptômes. Un calcul rénal très volumineux peut exister longtemps dans le rein sans déterminer aucun symptôme. Les auteurs en ont rapporté d'assez nombreux exemples. Mais ordinairement on observe des phénomènes remarquables, dont les

principaux ont été déjà décrits (1). Ce sont des douleurs plus ou moins vives, occapant la région rénale et augmentant souvent, d'une manière extrêmement marquée, dans les mouvements brusques, pendant la course, dans l'équitation, et surtout en voiture; ces douleurs se transforment souvent alors en véritables coliques néphrétiques. En pareil cas, tantôt le calcul se déplaçant, une de ses aspérités irrite violemment la substance rénale, et tantôt ce corps étranger s'engageant dans l'uretère, distend considérablement le conduit et arrête le cours de l'urine ainsi que l'évacuation de la matière purulente.

Les symptômes de la pyélite, d'abord aiguë, puis chronique, des hématuries à des époques variables, et, au bout d'un temps indéterminé, l'instammation prosonte du rein, sa destruction, le dépérissement, la sièvre hectique qui en est la soite, complètent le tableau de ces symptômes, auxquels se joignent fréquenment ceux de la pierre dans la vessie, car il n'est pas rare que cette dernière affection soit la conséquence de la tendance aux concrétions urinaires qu'on observe dans le rein

La marche de la maladie est plus uniforme que dans la gravelle, c'est-à-dire que les symptômes existent d'une manière plus continue, et que, lorsque les calculs ou atteint un certain volume, on n'observe ordinairement pas des améliorations aux notables que dans le cas de simples graviers; mais les exacerbations, et par suite ces accidents si graves qui constituent la colique néphrétique, ne laissent pas de donner aux calculs rénaux un certain caractère d'intermittence irrégulière.

Cette affection cause la mort en déterminant les lésions prosondes que j'ai et bien des sois l'occasion d'indiquer jusqu'à présent, et sur lesquelles il serait per utile de revenir ici.

Nous avons vu plus haut que les calculs pouvaient exister à l'état latent, mais ordnairement il n'est pas très difficile de reconnaître leur existence. Une douleur fixe dans une des régions lombaires; l'exaspération de cette douleur sous l'influence des grands mouvements et surtout des secousses; l'hématurie peu abondante que en est parsois le résultat; enfin la présence ordinaire ou fréquente d'une certaix quantité de pus ou de muco-pus dans l'urine serviront à sixer le diagnostic.

Lorsqu'il survient un abcès, une tumeur des reins, des accès de colique néphritique, le diagnostic est tel qu'il a été présenté dans les articles précédents.

TRAITEMENT DES CONCRÉTIONS URINAIRES AYANT LEUR SIÈGE DANS LES REUS.

Il ne doit être question dans ce traitement, je dois le répéter ici, que des mojes signales comme pouvant dissoudre les concrétions urinaires plus ou moins volument neuses, et faire disparaître toute tendance à la production de ces concrétions. Ce que je vais dire s'applique donc en même temps à la gravelle et aux calculs proprement dits, mais non aux accidents de colique néphrétique qui résultent de l'attion de ces corps étrangers sur les reins ou les uretères.

Avant que la chimie nous eût sait connaître d'une manière précise la composition chimique des calculs, les moyens de traitement étaient indifféremment dirigés coure toutes les concrétions urinaires. Aujourd'hui encore, il est un certain nombre de ces moyens qui sont administrés sans qu'on tienne compte de la composition de ces concrétions; je crois donc devoir commencer par l'étude de ces moyens commences.

⁽¹⁾ Voy. Mématurie, Néphrite, Abcès rénaux.

Je ferai ensuite connaître ceux qu'on a dirigés particulièrement contre les gravelles urique et phosphatique, et je dirai un mot du traitement de la gravelle oxalique et de la gravelle cystique. Ce n'est pas que je regarde comme parfaitement établie, ainsi qu'on le verra plus loin, la nécessité d'employer des moyens tout spéciaux pour chacune de ces espèces; mais cette division est nécessaire pour mettre de l'ordre dans l'exposition du traitement, et pour nous mettre à même d'apprécier à leur juste valeur les arguments des auteurs en faveur de leurs opinions, car nous trouverons la controverse établie sur la plupart des points que nous allons examiner.

4° Moyens dirigés indifféremment contre toute espèce de calcul rénal ou de gravelle. Lorsqu'il n'y a ni violente irritation des reins par les calculs ou par les graviers, tri passage difficile de ces corps étrangers dans l'uretère, etc., on ne pratique ordinairement aucune émission sanguine; cependant, si le sujet est vigoureux, sanguin, pléthorique, beaucoup de médecins, et en particulier ceux qui, avec M. Civiale, regardent l'irritation comme une des principales causes de la gravelle, conseillent de tirer une certaine quantité de sang, soit par la saignée générale, soit plus ordinairement par l'application des sangsues et des ventouses scarifiées. Cette partie du traitement n'étant applicable qu'à un nombre de cas limités, je n'insiste pas davantage.

Les boissons abondantes sont universellement recommandées. L'important dans cette médication est d'introduire dans l'économie une grand quantité de liquide aqueux, de manière que par ce seul fait, d'une part, l'urine se trouvant à un moindre degré de concentration, les parties solides restent plus facilement en dissolution; et, de l'autre, l'activité des reins se trouvant augmentée, le sable et les graviers qui pourraient se former soient plus facilement et plus promptement expulsés.

L'eau simple peut, par conséquent, être mise en usage dans ce but; les anciens auteurs, et en particulier Mead, recommandaient de ne boire que de l'eau de rivière, ce qui tenait à des idées particulières sur l'étiologie des calculs rénaux. Ils pensaient que les eaux de source et de puits, contenant ordinairement une grande quantité de carbonates alcalins, devaient favoriser la formation de calculs dans lesquels les sels alcalins se rencontrent assez fréquemment, comme nous l'avons vu plus haut; mais ces idées n'ont plus de crédit.

Le plus souvent on a recours à diverses infusions, dont la plupart sont regardées comme ayant une vertu diurétique. Ce sont les tisanes de racine de fraisier, de chiendent, de queues de cerises, de lierre terrestre, de pariétaire, de busserole de pareira brava (recommandée par Geoffroy).

Il est une substance qui a été regardée comme ayant une efficacité toute particulière dans le traitement de la gravelle; c'est le suc des jeunes pousses du bouleau. Van Helmont et Boyle, cités par Boerhaave (1), disent que le suc exprimé de ces pousses coupées au printemps, lorsqu'elles n'ont encore que trois travers de doigt de long environ, et donné à la dose de quelques cuillerées par jour, a été très utile aux calculeux. On sent que de pareilles assertions auraient besoin d'être appuyées sur les faits. Il faut ajouter que le suc est acidule, et que par conséquent on pourrait le regarder comme plus approprié au traitement de la gravelle où domine le principe alcalin, qu'à tout autre.

⁽¹⁾ Chæm., t. 11.

Térébenthine. Il faut rapprocher des substances que je viens d'indiquer la térébenthine, qui a été donnée par bon nombre d'auteurs depuis Meïbomius, comme calmant la colique néphrétique, mais qui a été aussi administrée comme pouvant faire disparaître les concrétions urinaires. Le docteur Lutheritz l'a surtout préconisée, et voici comment le docteur Richter (1) administre cette substance:

2 Térébentine de Venise..... 2 gram. Extrait de réglisse........ 12 gram. Savon médical.......... 12 gram.

Mêlez. Faites des pilules de 0,10 grammes. Dose : de 10 à 15 par jour.

Les bains tièdes prolongés, que l'on fait ordinairement prendre aux malades, agissent dans le même sens que les boissons abondantes.

M. Civiale recommande les opplications émollientes pour combattre l'irritation qui, selon lui, est la principale cause de la gravelle.

Diurétiques. Nous venons de voir que le principal effet des boissons précédents est de rendre les urines plus abondantes, et que par conséquent c'est comme diurétiques qu'elles agissent réellement; mais il est d'autres substances dont la vertu diurétique est plus marquée, et dont j'ai cru devoir dire quelques mots à part.

Les diurétiques employés contre la gravelle ne l'ont jamais été à des doses très considérables. Ainsi le nitrate de potasse, que l'on fait ordinairement dissoudre dans la tisane de chiendent, est administré à la dose de 50 à 60 centigrammes.

Ce n'est que comme diurétique que la bière légère (Ségalas), le vin de Champagne étendu d'eau, ont quelque effet dans le traitement de la maladie. Il serait inutile d'entrer dans de plus grands détails à ce sujet, rien n'étant plus facile que de diriger une semblable médication.

Que l'on fasse entrer ou non dans les boissons abondantes des diurétiques plus ou moins actifs, il est à craindre que l'estomac ne puisse pas les supporter, et que des troubles marqués dans les digestions ne viennent aggraver l'état du malade. C'est pour obvier à cet inconvénient que M. Magendie propose de donner ces boissons à la glace. Elles sont, en effet, généralement beaucoup mieux supportées en cet état.

Moyens divers. Quelques autres moyens applicables à toutes les espèces de gravelle ont été proposés par les auteurs. Voici les principaux :

Le copalu est une substance qui, par son action, se rapproche de celles qui ost été indiquées jusqu'à présent. Déjà quelques auteurs l'avaient recommandée, lorsque le docteur Chrestien (2), l'unissant à la décoction de café cru, en a sait us des principaux médicaments opposés à cette maladie. Le traitement est dirigé de la manière suivante:

Farine de froment
Aà parties égales

Faites des pilules de 0,30 grammes. Dose : 6 le matin et 6 le soir.

Immédiatement après avoir pris les pilules, on doit boire une grande tasse de la décoction suivante:

(1) Spec. therap.

⁽²⁾ Revue médicale, octobre 1836.

* Café cru..... 30 semences entières.

Faites bouillir pendant une demi-heure dans:

Dans la journée, on prend une troisième tasse de cette décoction.

Nous n'avons pas de données précises pour nous fixer sur la valeur de ce traitement, qui, d'après le docteur Chrestien, doit être continué pendant plusieurs années; et, d'un autre côté, ce ne serait pas sans doute une petite difficulté pour le médecin, d'engager le malade à se soumettre à une pareille médication pendant si longtemps.

Le docteur Roques (1) a également vanté les bons essets du café contre la gravelle.

Ensin. M. Foy (2) a cité un cas de guérison de gravelle urique chez un goutteux, par l'usage journalier de cette substance; toutesois, il saudrait de nouveaux saits pour établir définitivement son efficacité.

M. Levrat-Perroton (3) a vanté les bons effets de la marchantia conica (hépatique des fontaines). Cette plante, administrée aussi par M. Gensoul, est, suivant M. Levrat-Perroton, un dinrétique meilleur, dans les cas de gravelle, que ceux qu'on a l'habitude de prescrire. Il la donne en décoction concentrée, à la dose d'un litre et demi à deux litres par jour. Il y a recours dans la dysurie dépendant de la présence des graviers et dans la colique néphrétique.

En Italie, on emploie comme lithontriptique, les gouttes de Palmieri (4), dont

voici la formule.

Faites bouillir dans:

Eau de goudron..... 500 gram.

Maintenez l'ébulition jusqu'à ce que la liqueur ait pris une belle couleur rouge rubis. Décantez et conservez pour l'usage. Dose : de 13 à 20 gouttes comme moyen curatif, et 10 gouttes comme préventif.

Il faut en appeler à l'expérience pour savoir à quoi s'en tenir sur la valeur de ce remède.

Enfin je citerai l'usage du miel pris à la dose de 400 grammes par semaine, uniquement parce qu'il a été recommandé par Pringle, car rien ne prouve qu'il ait une efficacité réelle. Quelques médecins, et entre autres M. Civiale, ont conseillé les sudorifiques; mais la plupart des auteurs proscrivent ces médicaments, parce qu'il y aurait contradiction à exciter les transpirations chez des sujets dont on veut rendre les urines plus abondantes.

Toutesois on peut admettre que, dans les cas où les urines contiennent un dépôt considérable d'acide urique, une perte plus ou moins considérable, par la transpiration, des acides contenus dans le sang, peut avoir un bon effet.

On a encore prescrit les eaux sulfureuses en boisson et en bains, les bains froids, les douches de vapeur, etc.

Borsieri (5) conseille aux malades de ne pas se coucher du côté du rein affecté.

(1) Bulletin de thérapeutique.

(2) Bulletin général de thér., 15 mars 1848.

(2) Revue méd., novembre 1845.

(4) Voy. Bull. gen. de thérap., 30 septembre 1849.

(b) Inst. med. pract., t. IV, De nephralgia.

Il donne ce conseil dans l'intention de prévenir la formation des concrétions, en mettant l'organe dans une position moins déclive, et en facilitant l'écoulement de l'urine du rein dans la vessie, ce qui entraîne les concrétions, et les empéche d'acquérir un volume notable. Il est plus que douteux qu'on atteigne ce bet par ce moyen mécanique, et l'on doit bien peu compter sur cette médicatue préventive.

Je ne parle pas ici de la recommandation que fait M. Magendie de se livrer à la marche et à l'équitation, parce que ces exercices, n'ayant pour but que de fair détacher les graviers avant qu'ils soient trop gros, ne sont qu'un moyen prévent de la colique néphrétique. J'y reviendrai en parlant de cette maladie.

Régime. Il semble que les opinions si diverses émises par les auteurs sur l'influence du régime ont dû les conduire à prescrire un genre de vie très différent. suivant la manière de voir de chacun; mais if n'en est rien. Ils s'accordent tous : proscrire les aliments succulents, les viandes noires, les liqueurs alcooliques. De idées très diverses les ont conduits aux mêmes conclusions. Ceux qui, avec M. Wa gendie, regardent le régime succulent et les boissons alcooliques comme la priscipale cause de la gravelle, ont naturellement recommandé un régime opposé, « ceux qui, avec M. Civiale, n'accordent point d'influence réelle au régime, on trouvé dans l'irritation qui, suivant eux, occupe le rein, un motif suffisant pour adopter cette pratique. C'est donc une manière de voir unanime que chez les sujets atteints de gravelle on doit recommander aux malades de se nourrir de viasdblanches, de poissons, de légumes, de manger peu, et de se priver de boissons & cooliques. Quelques médecins, et en particulier M. Magendie, veulent même qu'oc supprime entièrement tout aliment contenant de l'azote, et qu'on se soumette à un régime purement végétal. Lobb (1) avait déjà insisté sur l'utilité du régime végetal. Mais ce que nous avons dit dans l'article consacré à l'étiologie doit nous farregarder cette prescription comme beaucoup trop rigoureuse; car si l'on peut xcorder une certaine influence au régime sur la production des concrétions urinaire. il ne faut pas en conclure que cette influence est due à la présence de l'azote das les aliments. Cette explication, toute chimique, est bien loin d'avoir la valeur d'un démonstration.

2º Moyens dirigés particulièrement contre la gravelle urique. Lorsque le analyses chimiques ont fait parfaitement connaître la composition des concrétor prinaires, on a pu croire qu'il allait devenir facile de diriger contre chacune de leur espèces des moyens appropriés qui en triompheraient facilement; mais on a bentôt vu combien les réflexions de M. Liebig sur les médications de ce genre sur incontestablement justes. « Sans poser, dit cet auteur, les questions d'une manier précise, on a mis le sang, l'urine et d'autres parties de l'organisme, sain ou malade, en contact avec des alcalis, des acides et toute espèce de réactifs chimiques et l'on est parti de ces réactions pour faire des inductions sur les phénomènes de l'économie. Quelquefois le hasard a conduit ainsi à un médicament utile; mais l'est impossible qu'une pathologie rationnelle se fonde sur ces sortes de réactions car l'économie animale ne peut pas être considérée comme un laboratoire de chimie. »

⁽¹⁾ A treat. on dissol. of a stone, etc.; Londou, 1739.

Ce que M. Liebig dit de la pathologie en général s'applique particulièrement au traitement de la gravelle urique. Comment ne pas être persuadé que cette gravelle acide devait céder, sans qu'il pût y avoir de doute à ce sujet, au traitement par les boissons alcalines? Aussi s'est-on empressé d'administrer ces boissons en plus grande abondance et avec plus de persévérance qu'on ne l'avait fait encore; mais les expériences regardées par quelques médecins comme entièrement favorables à la théorie sont loin d'en avoir convaincu quelques autres. Examinons rapidement les principaux points de ce débat important.

MM. Magendie (1) et Darcet (2) attirèrent d'une manière particulière l'attention des médecins sur le traitement alcalin de la gravelle urique, puis plusieurs auteurs rapportèrent des faits et des expériences en faveur de cette médication; mais c'est M. Ch. Petit (3) qui a principalement insisté sur l'utilité de la médication alcaline qu'il a employée très fréquemment à Vichy. Suivant lui, les calculs d'acide urique, même volumineux, sont dissous, sur le vivant, après avoir été transformés en urates solubles. Tel est l'état de la question dans sa plus grande simplicité, car nous devous ici écarter les expériences faites en plongeant des calculs dans de l'eau alcaline, ou en les soumettant à un courant de ce liquide. Ces expériences ont pu, en effet, porter à recourir aux eaux alcalines, mais ce n'est que sur les faits cliniques qu'on peut établir une opinion solide. Or ces saits ont été vivement critiqués par M. Civiale et surtout par M. Leroy d'Étiolles, qui a étudié avec le plus grand soin ce point important de thérapeutique. Ce dernier auteur a démontré que la plupart des faits cités par M. Ch. Petit manquaient des conditions nécessaires pour établir la conviction dans les esprits sévères; que dans beaucoup, la présence du calcul n'avait pas été suffisamment constatée (4); que jamais on ne les avait mesurés exactement, et qu'ensin les améliorations éprouvées par les malades s'observent tous les jours sous l'influence d'une autre médication, et même en l'absence de toute autre médication.

D'un autre côté, M. Leroy d'Étiolles a cité plusieurs cas dans lesquels les alcalins pris à l'intérieur ont été complétement inutiles, et, ce qui est bien plus grave, d'autres où ce traitement a été nuisible. Cet auteur a, en effet, constaté la présence du carbonate de chaux, formant une ou plusieurs couches, sur des calculs composés d'autres substances, et il a montré que ces couches, que M. Petit regardait comme une preuve de l'action dissolvante des eaux alcalines, étaient dues, non à la décomposition de la partie la plus superficielle des calculs, mais bien au dépôt des sels terreux contenus dans les urines et précipités par l'alcalinisation de celles-ci; d'où il suit que les calculs avaient augmenté de volume sous l'influence du traitement. M. Bouchardat a été conduit aux mêmes résultats, en examinant des calculs avant et après le traitement par les alcalins. Enfin on a cité des faits où il a été permis de penser, quoiqu'on n'en ait pas eu la démonstration directe, que la

⁽¹⁾ Recher. sur la grav.; Paris, 1828.

⁽²⁾ Annales de chimie et de physique, 1826.

⁽³⁾ Du trait. méd. des calculs urinaires, etc.; Paris, 1835 — Nouv. observ. de guérison des calculs urin. au moyen des eaux therm. de Vichy; Paris, 1837. — Du mode d'action des eaux minérales de Vichy et de leurs applications thérapeutiques, etc.; Paris, 1850, p. 153 et suiv.

⁽⁴⁾ Dans la discussion, les auteurs ont parlé en même temps de la gravelle, des calculs rénaux et des calculs vésicaux, et c'est surtout de ces derniers qu'ils se sont occupés; mais on conçoit que ce qui se dit d'une de ces espèces de concrétions urinaires peut facilement s'appliquer aux autres.

médication alcaline avait été la cause efficiente et unique de la formation de calculs.

On voit, par ce qui précède, combien d'objections s'élèvent contre cette melcation qui tout d'abord paraît devoir être si efficace, et combien on doit se misdes indications théoriques. Mais que devons-nous conclure de cette discussion qj'aurais présentée avec de plus grands développements si je n'avais été forcé de caborner, et dont j'ai donné seulement la substance (1)? Je pense, et c'est une qnion assez générale, que dans les cas où il n'y a que du sable dans les urines, que des graviers d'un très petit volume, on peut attendre de bons résultats de la madication par les alcalins; mais que, dans les cas où les graviers ont un certa
volume, et surtout dans les cas de véritables calculs, il n'est pas permis d'espirla dissolution des concrétions urinaires, et l'on doit redouter d'aggraver le u
que l'on veut combattre, si l'on n'emploie pas les alcalins avec réserve et pruden-

Ce qui autorise à penser que la médication alcaline a un degré d'utilité q' bien qu'inférieur à celui que lui ont attribué quelques médecins, n'en est pa moins réel, c'est qu'il est incontestable que, sous l'influence de cette médicate les urines deviennent alcalines, et que la sécrétion urinaire est notablement automentée. Après ces considérations nécessaires, nous pouvons exposer le traiteme dirigé contre la gravelle urique; nous verrons plus loin que les moyens qui constituent sont à peu près les mêmes que ceux qu'on oppose à la gravelle phatique; et ce sait seul, malgré les explications qu'on en a données, prouverait qu'illaction des alcalins n'est pas aussi sûre qu'on a voulu le dire.

Alcalins. Il ne faudrait pas conclure de ce que je viens de dire que le traitement de la gravelle par les alcalins est d'origine récente. Depuis très longtemps : les avait mis en usage; mais, je le répète, c'est dans ces derniers temps qu'on a cherché à spécifier les cas.

Les carbonates de potasse, de soude, de chaux, de magnésie out été adminitrés par un grand nombre de médecins. Les médecins des siècles derniers recommandaient la poudre de coquille d'huitre, de coquille d'œuf, suspendue du diverses boissons, et l'on sait que le carbonate de chaux constitue en grande par ces enveloppes. Des remèdes secrets qui ont joui d'une très grande réputatre, comme celui de mademoiselle Stephens, avaient pour agent principal ce sel la reux. Il serait inutile de rechercher les compositions de ces remèdes, remplacés avantageusement aujourd'hui.

Les carbonates de potasse et de soude avaient déjà été recommandés par Bris Valentin, chimiste du xve siècle. Plus tard, on prescrivit la lessive des savonse étendue d'eau; aujourd'hui nous avons de nombreuses formules où entrent ce substances. C'est le carbonate ou plutôt le bicarbonate de soude dont on fait plus souvent usage. Voici une préparation recommandée par M. Robiquet:

Si cette boisson non édulcorée excitait de la répugnance, on pourrait prescripla suivante :

⁽¹⁾ Voy. le rapport fait à l'Académie de médecine par A. Bérard (Bulletin de l'Academu i médecine; Paris, 1819, t. III, p. 535, 699, 811, 944.

24 Bicarbonate de potasse cristallisé, de 2 à Sirop de sucre..... 8 grammes progressivement. Eau. 1000 gram. Teinture de vanille..... 1 gram

A prendre par tasses dans la journée. Il est recommandé d'en boire de deux à quatre litres par jour.

On peut rendre la boisson gazeuse en employant une formule analogue à celle de la potion de Rivière:

2 Bicarbonate de soude...... 100 gram. | Sucre en poudre........ 200 gram. Acide tartrique pulvérisé.... 60 gram.

Mêlez et conservez dans un bocal bouché. Trois ou quatre fois par jour, on met une cuillerée à bouche de ce mélange dans un verre d'eau, et l'on en boit au moment de l'effervescence.

Les eaux minérales alcalines, comme celles de Vichy, de Bussang, de Carlsbad, etc., ont une réputation plus ou moins grande pour le traitement des concrétions urinaires; mais celles de Vichy ont été surtout vantées, ainsi que nous venons de le voir. La quantité qu'on en prescrit dans certains cas est énorme; mais nous avons exposé les raisons qui doivent rendre réservé dans cette administration.

Lorsque la quantité considérable de boissons qu'exige ce traitement ne peut pas être supportée, on recommande de donner à l'état solide les substances alcalines qui ont été indiquées plus haut. On peut prescrire:

2 Bicarbonate de soude..... 2 gram. | Sucre en poudre..... 6 gram. Prendre trois ou quatre sois par jour cette dose, par paquets, dans du pain à chanter.

D'après ce que nous avons dit plus haut, on ne doit pas attendre du médicament administré de cette dernière manière d'aussi bons résultats que des boissons alcalines abondantes, par la raison même que ces dernières introduisent dans l'économie une grande quantité de liquide. Cependant il ne faudrait pas regarder ce moyen comme entièrement inefficace; car, ainsi que le fait remarquer M. Marcet, outre leur action chimique, les alcalins en ont une autre qui peut être très utile dans la gravelle: c'est celle d'exciter la sécrétion urinaire. On peut par conséquent leur appliquer ce que j'ai dit à propos des substances diurétiques en général.

On a eu recours à d'autres substances ayant les alcalis pour base, comme le tartrate de potasse et le borate de soude. Hulme (1) employait un traitement dont le tartrate de potasse était la base, et qui est ainsi composé :

Quatre sois par jour, et à des intervalles égaux, administrez la solution suivante :

2 Tartrate de potasse..... 0,75 gram. | Eau pure...... 120 gram. Dissolvez. A prendre en une sois.

Immédiatement après, faites prendre au malade:

111

2 Eau pure...... 150 gram. Acide sulfurique faible..... 20 gouttes.

Ce traitement doit être continué pendant trois ou quatre semaines. S'il survenait une irritation de la vessie, il faudrait suspendre ces moyens pendant quelques

(1) A safe and easy remedy proper for the relief of the stone, etc.; London, 1778. 33

jours, et donner des émulsions. On doit entretenir la liberté du ventre. Ne permettre pour boisson que de l'eau additionnée d'un peu de vin blanc.

Hulme a cité comme démontrant l'efficacité de ce traitement un fait qui n'est guère concluant, ainsi que l'a déjà fait remarquer Borsieri. Il s'agit, en effet, d'un sujet qui, étant mort après avoir pendant quelque temps été soulagé des douleurs que lui causait une affection calculeuse, avait encore dans la vessie un grand nombre de calculs qui n'avaient subi, rien ne le prouve du moins, aucun commencement de dissolution. Les docteurs Whæler, Gmelin, Chelius ont également recommandé le tartrate de potasse, acide ou neutre.

Je n'entre dans aucun détail sur le borate de soude, attendu que rien ne prouve que son action ait quelque chose de spécial.

Les alcalis sont encore administrés sous forme de bains. On prescrit soit le bains d'eaux thermales pris à la source, tels que les bains de Vichy, de Carlsbal naturels et artificiels, soit tout simplement cette solution de carbonate de soude:

2 Eau..... Q. s. pour un bain. | Carbonate de soude..... 200 gram. Dissolvez.

Acide benzoïque. Je ne dois pas terminer ce qui est relatif au traitement de la gravelle urique sans avoir fait connaître un moyen indiqué par M. Ure et cité par le docteur Lhéritier (1); ce moyen consiste dans l'administration de l'acide benzoïque, ou d'un benzoate soluble. Voici comment M. Lhéritier s'exprime sur œ point:

- "L'urine des sujets auxquels on fait prendre de l'acide benzoïque ou un benzoate soluble fournit, lorsqu'on la traite par un douzième d'acide chlorby-drique, un précipité abondant de beaux cristaux d'un rouge foncé, qui, examine au microscope, présentent la forme d'un prisme à quatre pans terminé par un sommet dièdre. Ces caractères appartiennent précisément à l'acide que contient l'urine du cheval et des autres animaux granivores, acide que M. Liebig a nomme pour cela acide hippurique.
- Le point important de ce résultat pour la pratique médicale, c'est que les set que ce nouvel acide forme avec les bases ordinaires des fluides organiques, comme la soude, la potasse et l'ammoniaque, sont tous extrêmement solubles. L'hippurak de soude se dissout dans 2 parties d'eau à 60° F., tandis que l'urate de soude est presque aussi insoluble que l'acide urique lui-même, et qu'il ne faut par moins de 4,000 parties d'eau pour en dissoudre une de ce sel. L'hippurate d'ammoniaque est à peine moins soluble que l'hippurate de soude; enfin l'hippurate de chaux, le moins soluble de ces sels, l'est cependant encore dans 18 partie d'eau...
- » On doit administrer l'acide benzoique avec le phosphate de soude, qui a l'avantage de faciliter la solution de l'acide susnommé. On prescrit donc la mixture suivante :

 - A prendre en quatre fois dans la journée. »
 - (1) Journ. des décour., t. ler, 4º livrais.

Telles sont les prévisions de la théorie. C'est maintenant à l'expérience à nous apprendre si elles sont justes au point de vue thérapeutique.

3º Moyens dirigés contre la gravelle phosphatique. Ce qui prouve combien sont douteuses les raisons qu'on a fait valoir en faveur du traitement de la gravelle urique par les alcalis, c'est qu'on a appliqué les mêmes moyens au traitement de la gravelle phosphatique, quoique dans les cas de ce genre on ne puisse plus invoquer l'action chimique. Aussi a-t-on cherché à donner une autre explication. M. Darcet, prévoyant les objections qu'on pourrait adresser à l'emploi des alcalins dans la gravelle phosphatique, a dit que, en pareil cas, on obtenait, non une dissolution, mais une désagrégation des calculs. Or cette désagrégation n'est nullement prouvée par les faits, et dût-on avoir une très grande confiance dans des expériences faites avec l'eau de Vichy, sur des calculs hors du corps humain, dût-on en conclure qu'il existe réellement une désagrégation des calculs, encore devrait-on se demander si cette désagrégation dépend réellement de la composition chimique des boissons, ou seulement de leur grande abondance et de leur action sur la sécrétion urinaire. On le voit, plus nous avançons plus nous avons de motifs de douter de la grande influence chimique des boissons alcalines, tout en reconnaissant leur utilité dans de certaines limites, et c'est là, je le répète, l'opinion aujourd'hui la plus généralement partagée.

Les boissons alcalines, les bains alcalins, doivent être administrés comme dans le traitement de l'espèce précédente, mais avec plus de réserve encore, puisque leur action chimique est plus contestable.

Acides. Les médicaments qui sont particulièrement dirigés contre la gravelle phosphatique sont les acides.

Déjà Mascagni (1) avait vanté l'emploi de l'acide carbonique dans la gravelle. Plusieurs autres auteurs l'ont recommandé, et il faut citer entre autres Priestley, Percival et M. Thenard. Ce dernier (2) a surtout insisté sur l'utilité de cet acide.

Les eaux gazeuses ont la propriété d'activer considérablement la sécrétion urinaire, et c'est sous forme d'eau gazeuse qu'on administre l'acide carbonique. Y aurait-il dans l'action de ce médicament autre chose que l'effet diurétique? C'est encore ce qui est incertain. Toujours est-il que si l'emploi de l'acide carbonique n'a pas de plus grands avantages que les boissons alcalines, on ne peut du moins lui reprocher aucun inconvénient; aussi tous les médecins y ont-ils recours.

Les eaux de Seltz, de Contrexeville, l'eau gazeuse artificielle, etc., sont administrées à dose considérable, et l'on doit insister longtemps sur leur administration, car leur effet est nécessairement lent.

L'acide hydrochlorique a été proposé. Ferro (3) et M. Copland recommandent de le donner à la dose de trente gouttes, trois sois par jour, dans une suffisante quantité d'eau. Hartmann (4) préconisait l'acide sulfurique, et le docteur Carendessez veut qu'on emploie les acides oxalique et phosphorique. On conçoit dissicilement que ces derniers acides puissent avoir de bons essets; quant aux autres, c'est à l'expérience à nous éclairer. Toutesois je dois dire qu'on doit être très ré-

⁽¹⁾ Voy. Hufeland's Journ., t. IX.

⁽²⁾ Annales de chimie, t. XXXIX.

⁽⁸⁾ Mem. of the med. Soc. of London.

⁽⁴⁾ Progr. de acid. vitrioli virt., etc.; Eriurth, 1778.

servé dans l'emploi des acides, qui peuvent fatiguer l'estomac et occasionner des troubles notables du côté des voies digestives.

Enfin M. Magendie, se fondant sur la facilité avec laquelle l'acide lactique dissout le phosphate de chaux, a proposé de l'employer dans le traitement de la gravelle blanche. Mais c'est encore à l'observation à nous apprendre ce que nous devons penser de l'efficacité de ce moyen.

4° Moyens dirigés contre les gravelles oxalique et d'oxyde cystique. Suivant M. Magendie, il n'y a d'autre moyen à opposer à la gravelle oxalique, que de discontinuer l'usage des aliments contenant de l'acide oxalique, et surtout de l'oscille. Mais M. Darcet pense que dans cette espèce même les hoissons alcalines peuvent agir en opérant la désagrégation. Ce que j'ai dit à propos de cet effet, dans le traitement de la gravelle phosphatique, pourrait être reproduit ici.

Quant à la gravelle d'oxyde cystique (gravelle transparente, Mag.), il saut. suivant M. Magendie, soumettre les malades au régime véyétal, et leur prescrite le bicarbonate de soude à la dose de 2 à 4 grammes progressivement.

Ayant, dans l'exposé précédent, distingué avec soin les divers cas et signalé les remèdes principaux, je ne crois devoir donner ni résumé détaillé ni ordonnances.

RÉSUME SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

- 1° Moyens dirigés indifféremment contre toute espèce de calculs rénaux ou de gravelle. Émissions sanguines, boissons abondantes; eau simple; suc de jeunes pousses de bouleau; térébenthine; bains tièdes; applications émollientes; diurétiques; moyens divers: copahu, café cru, sudorifiques, miel, gouttes de Palmieri, marchantia conica, eaux sulfureuses, décubitus, régime.
- 2º Moyens dirigés contre la gravelle urique. Alcalins: carbonate de potasse, de soude, de chaux; eaux minérales alcalines; tartrate de potasse; bains alcalins; acide benzoïque.
- 3° Moyens dirigés contre la gravelle phosphatique. Alcalins; acides carbonique, hydrochlorique, sulfurique, lactique.
- 4° Moyens dirigés contre les gravelles oxalique et d'oxyde cystique. Discontinuer l'usage de l'oseille; alcalins; régime végétal.

ARTICLE V.

COLIQUE NÉPHRÉTIQUE.

Le soin que j'ai mis jusqu'à présent à faire comprendre la manière dont j'envisage les maladies rénales empêchera, sans aucun doute, le lecteur de croire que, à l'imitation des anciens auteurs, je veux faire de la colique néphrétique une maladie tout à fait à part. Je sais très bien que, comme la colique hépatique, ele fait partie d'un certain nombre d'états morbides dont elle n'est que l'expression symptomatique, dans des circonstances données. Mais par cela même qu'elle appartient à plusieurs états morbides, et qu'elle ne se manifeste que dans des circonstances données, il était important de ne pas la joindre exclusivement à un de ces états pathologiques, comme on l'a fait jusqu'à présent, en la décrivant sous le nom de néphrite ou pyélite calculeuse. Je une contente d'énoncer le fait, sas

revenir sur les raisons que j'ai données plus haut, et qui doivent être présentes à l'esprit du lecteur.

SI. — Définition; synonymie; fréquence.

On donne le nom de colique néphrétique à des accès de douleurs violentes, souvent intolérables, résultant de l'irritation produite par divers corps étrangers dans la partie supérieure des voies urinaires. Plusieurs autres symptômes importants se font remarquer dans cet état morbide; toutesois cette définition me paraît sufsisante, puisqu'elle ne saurait s'appliquer à aucune autre affection.

Ainsi que nous l'avons dit plus haut, cette maladie, ou plutôt cet accident de diverses maladies, a été décrit sous les noms de nephritis, néphrite, pyélite cal-culeuse, nephralgia (Borsieri), attaques de gravelle. Plusieurs auteurs des derniers siècles admettaient deux sortes de néphrites, la fausse et la vraie. La colique néphrétique était la première. Le nom de colique néphrétique, que j'adopte ici, est aussi impropre que celui de colique hépatique, sous lequel j'ai décrit des accidents semblables dus à l'engagement des calculs biliaires dans les canaux cystique ou cholédoque; mais c'est un nom consacré bien connu de tout le monde, qui s'applique à un état morbide bien déterminé : il n'y aurait par conséquent aucune utilité à le changer.

La fréquence de la colique néphrétique est heureusement plus rare, et cela d'une manière notable, que la gravelle et les calculs rénaux. Nous avons vu, en effet, que lorsqu'il n'y a que du sable dans les urines, lorsque les graviers sont très petits, et même dans certains cas de calculs rénaux, la douleur pouvait manquer dans tout le cours de la maladie. Cependant on ne doit pas considérer la colique néphrétique comme une maladie rare; car il n'est pas de médecin qui n'ait eu maintes fois occasion de l'observer et de la traiter.

§ II. - Causes et siège de la maladie.

Nous n'avons pas, après tout ce que j'ai dit jusqu'à présent, à nous étendre longuement sur l'étiologie de la colique néphrétique. On sait qu'il faut ranger au nombre des causes prédisposantes, l'affection calculeuse des reins (gravelle, calculs rénaux); l'hématurie, dans laquelle des caillots peuvent obstruer l'uretère; les vers rénaux (acéphalocystes, strongle géant); en un mot, toutes les affections dans lesquelles le rein peut être vivement irrité, l'uretère distendu, leur surface interne déchirée.

Les causes occasionnelles se retrouvent dans certaines circonstances particulières qui font que les corps étrangers dont je viens de parler deviennent irritants : ainsi le déplacement d'un calcul, qu'il soit causé par un mouvement brusque, un effort, le cahot d'une voiture, ou qu'il ait lieu spontanément. Lorsque le calcul est hérissé d'aspérités, ce déplacement est presque infailliblement suivi de colique néphrétique, parce que ces aspérités déchirent la muqueuse. Vient ensuite l'engagement dans l'uretère de ces mêmes corps étrangers; mais aucun d'eux ne produit plus facilement les accès de colique néphrétique que les graviers trop volumineux pour franchir facilement l'uretère, ou qui présentent une ou plusieurs aspérités. Il serait inutile d'insister sur ces faits bien connus.

Siège de la maladie. Geci nous conduit à dire quelques mots du siège de la

maladie. Il résulte des détails précédents, que le point de départ des vives douleurs par lesquelles la colique néphrétique est caractérisée peut se trouver dans le rein lui-même. Mais ordinairement c'est à l'ouverture supérieure de l'uretère que cette douleur prend naissance; et lorsqu'elle est causée par un gravier qui chemine le long de ce conduit, le point de départ de la douleur change de place avec le corps étranger, et parcourt quelquesois toute l'étendue du canal. Il est bien rare que ces douleurs se fassent sentir des deux côtés à la sois.

§ III. — Symptômes.

Le début de la maladie est quelquesois très brusque et marqué par une douleur extrêmement violente qui se prolonge plus ou moins loin vers la vessie, et parsois s'irradie en d'autres sens. Mais il est plus ordinaire de voir une douleur sourde, obtuse, gravative, avec un sentiment de malaise général, durer deux ou trois jours avant l'apparition des véritables douleurs néphrétiques. Il n'y a encore ni frisson ni sièvre, et l'état général n'est pas gravement altéré.

La douleur sait ensuite des progrès ordinairement rapides, et quelquesois atteint son summum en très peu de temps. Alors elle est très violente, aignë, pongitive. « On observe, dit M. Chomel (1), des battements et des élancements dans la région occupée par un des reins ou par les deux, c'est-à-dire vers la dernière vertèbre dorsale et les premières lombaires, en dedans des deux dernières côtes et à quelques travers de doigt de l'épine. De cette région la douleur s'étend, en suivant le trajet du bassinet et de l'uretère, jusque dans la vessie, dans l'aine et dans la cuisse correspondante, qui est comme engourdie et quelquesois roide et tremblante; chez l'homme la douleur s'étend au testicule, qui est ramené douloureusement vers l'anneau. »

Pour que cette douleur, qui constitue la colique néphrétique, soit complétement décrite, il faut ajouter quelques détails importants. Les battements ayant leur siège dans la région du rein s'observent lorsque cet organe est enflammé, et lorsque l'obstacle produit par la présence du calcul dans l'uretère a déterminé la rétention du pus et de l'urine dans le bassinet. Des douleurs violentes, déchirantes, sont le résultat des lésions que les corps étrangers opèrent dans les cavités rénales ou dans l'uretère. C'est surtout cette dernière douleur qui constitue la colique néphrétique. Elle est quelquesois telle, que les malades sont jetés dans les plus grandes angoisses; ils poussent des gémissements, ils prennent des positions bizarres, se compriment l'abdomen avec les mains. Ils quittent fréquemment le lit pour marcher dans leur chambre, ils se couchent en divers sens, quelquesois même on en a vu s'étendre sur le carreau et faire des contorsions de toute espèce. Tous ces actes témoignent de l'extrême violence de la douleur.

La douleur n'est pas continue, du moins avec toute son intensité; elle s'apaise par moments pour s'exaspérer après un intervalle ordinairement assez court. Cette espèce d'intermittence de la douleur s'explique très bien, dans certains cas, par le déplacement du corps étranger, surtout quand il chemine le long de l'uretère, en distendant et lacérant ce conduit.

La pression exercée sur la région lombaire et sur la paroi antérieure de l'abdo-

⁽¹⁾ Recherches sur la néphrite, etc. (Arch. gén. de méd., janv. 1837).

men correspondante au rein y détermine, dans le plus grand nombre des cas, une douleur assez vive, parce que le rein est distendu et souvent enslammé. Elle en fait naître aussi une le long de l'uretère, lorsque le corps étranger est descendu dans ce conduit.

L'urine est ordinairement rare, rouge, épaisse, elle est rendue goutte à goutte, et les malades éprouvent un sentiment d'ardeur dans le canal de l'urètre. Fréquemment on note un véritable ténesme vésical, qui consiste en essonts multipliés, douloureux et impuissants pour uriner. Dans les cas où un seul côté est affecté, et qui sont les plus ordinaires, on ne peut expliquer cet état de l'urine que par une soussirance sympathique du rein du côté opposé, ou par le mouvement sébrile qui s'allume lorsque le rein est vivement enslammé. Dans le cas contraire, l'urine est claire, aqueuse et parsois plus abondante qu'à l'ordinaire. C'est qu'alors le rein sain supplée le rein malade par l'augmentation de sa sécrétion.

Il n'est pas rare, ainsi que j'ai eu maintes fois occasion de le dire (1), de trouver une certaine quantité de sang dans les urines. La présence du muco-pus et surtout du pus est beaucoup plus intimement liée à la pyélite qu'à la colique néphrétique elle-même.

Du côté des voies digestives nous trouvons les symptômes suivants : lorsque la douleur est intense, l'appétit est complétement perdu et la soif plus ou moins vive. Il survient un hoquet parfois opiniâtre, des nausées, des vomituritions, des vomissements d'abord des aliments récemment pris, puis de mucus et de bile. Fréquenment cet état s'accompagne d'une constipation opiniâtre.

La face ne tarde pas à s'altérer; elle exprime une très vive soussirance, souvent l'estroi; elle est pâle, jaunâtre; les traits sont estilés; en un mot, la physionomie est la même que dans la colique hépatique et dans toutes les assections caractérisées par une douleur excessive.

La peau se couvre d'une sueur froide au moment des exacerbations; les extrémités sont souvent glacées et ne peuvent être réchauffées. Le malade éprouve alors un tremblement marqué, parsois même des convulsions; on en a vu avoir un véritable délire qui, cessant ensuite avec la grande violence de la douleur, était évidemment sous l'influence de ce symptôme. Il n'est pas rare d'observer dans ces moments, soit de véritables lipothymies, soit un simple sentiment de défaillance, et fréquemment ces accidents ont lieu au moment où les vomissements se produisent ou viennent de se produire.

Le pouls est petit, déprimé lorsque la douleur à une intensité ordinaire; dans des cas où elle devient atroce, les pulsations sont à peine senties, le pouls est filiforme, misérable. Il se relève souvent après les vomissements.

Tels sont les symptômes qui appartiennent à la colique néphrétique; il importe maintenant de rappeler en quelques mots ceux qui constituent les accès au plus haut point d'intensité. Ce sont : 1° une douleur atroce, déchirante, irrégulièrement intermittente, descendant ordinairement le long de l'uretère, déterminant le ténesme vésical; 2° la rétraction douloureuse du testicule et l'engourdissement de la cuisse; 3° l'excrétion fréquente d'une petite quantité d'urine foncée en couleur; 4° les vomissements, l'altération de la face, le refroidissement, l'état nerveux (tremblement, convulsion, délire), et la dépression du pouls. Cet état est certainement

⁽¹⁾ Voy. article Hématurie.

un des plus effrayants qu'on puisse observer, et place les accidents de la colique néphrétique au rang des plus redoutables.

Ces accidents si graves se terminent ordinairement d'une manière hrusque par l'expulsion du corps étranger qui les avait causés. On reconnaît ordinairement que l'attaque a complétement cessé, même avant qu'on ait pu s'assurer si un calcul a été rejeté par les urines, au sentiment de bien-être extrême qu'éprouve le malade, et à l'excrétion considérable d'une urine trouble, parfois chargée d'une asses grande quantité de pus; mais ordinairement le malade, qui est sur ses gardes, s'aperçoit immédiatement de l'expulsion du corps étranger, et alors il ne peut guère y avoir de doute sur la terminaison de l'accès; cependant on a vu des cas où plasieurs graviers se succédant les uns aux autres, l'accès s'est prolongé malgré cette expulsion.

Une fois l'accès passé, il ne reste plus qu'un sentiment marqué d'abattement et de faiblesse, qui se dissipe promptement, et en vingt-quatre ou quarante-huit heures les malades ont pu reprendre leurs occupations ordinaires.

Il est très rare que la mort survienne dans le cours même d'un accès de colique néphrétique; lorsqu'il eu est ainsi, les malades, avant de succomber, sont en proie à un état nerveux fort grave (convulsions, délire, etc.).

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est très rapide; la douleur qui la caractérise particulière ment a, comme nous l'avous vu plus haut, une intermittence marquée. Quant à la durée, elle est presque toujours très courte et seulement de quelques heure: dans les cas où la durée a été la plus longue, elle a bien rarement dépassé vingt-quatre, trente-six ou quarante-huit heures.

La colique néphrétique se termine presque constamment par le retour à use santé en apparence complète; mais la cause qui a produit le corps étranger existant toujours, il n'est pas rare, après une ou plusieurs attaques, de voir l'inflammation chronique et la désorganisation du rein lui succéder.

§ VI. - Diagnostic; pronostic.

Le diagnostic de la colique néphrétique présente, dans certains cas, des difficultés; mais c'est seulement dans les cas rares où la douleur n'est pas très violente, et encore, dans ces circonstances, a-t-on pour se guider l'excrétion antérieure de graviers et les douleurs rénales qui en sont la conséquence.

Pourrait-on consondre une simple néphrite avec une colique néphrétique? Dans le premier cas, il est vrai, il existe une douleur qui peut s'étendre du rein au test-cule et à la cuisse du côté correspondant, en passant par l'uretère et la vessie; mus cette douleur est toujours moins intense, elle n'a pas eu le début brusque que appartient à la douleur violente de la colique néphrétique; elle n'a pas non plus ces exacerbations que nous avons décrites plus haut; en outre, elle n'a point été précédée de l'excrétion d'une certaine quantité de sable, de gravier avec les urines, et ensin elle s'accompagne d'un mouvement fébrile prononcé, qui ne se montre pas dans la colique néphrétique.

Serait-il plus facile de consondre avec l'affection qui nous occupe un simple lumbago? Les cas dans lesquels il pourrait en être ainsi sont du moins extrême-

ment rares. La douleur du lumbago est toujours moins violente que celle de la colique néphrétique; elle est violemment exaspérée par les mouvements qui nécessitent la contraction des muscles lombaires, mouvements qui n'exaspèrent point sensiblement les douleurs néphrétiques; enfin on les observe des deux côtés, tandis que ces dernières n'ont presque jamais pour siège qu'un seul côté des voies urinaires.

Les névralgies lombo-abdominales sont quelquesois caractérisées par de vives douleurs qui, partant de la partie inférieure de la colonne vertébrale, se portent vers l'hypogastre, et même vers le testicule ou la grande lèvre. Cette douleur se distingue de la douleur néphrétique par l'absence de toute excrétion antérieure de graviers; par la liberté de l'excrétion urinaire; par les points douloureux qui caractérisent la névralgie lombo-abdominale, et qui sont principalement exaspérés par la pression. Ces points douloureux ont leur siége, ainsi que je l'ai démontré ailleurs (1): 1° sur les côtés de la colonne vertébrale; 2° un peu au-dessus et vers la partie moyenne de la crête iliaque; 3° vers l'hypogastre, un peu au-dessus du pubis et en dehors de la ligne blanche; 4° ensin dans le testicule ou la grande lèvre. Pour compléter ce diagnostic, il faut ajouter que le pouls n'acquiert aucun caractère particulier, tandis que dans la colique néphrétique il est déprimé, petit, misérable.

Je ne parlerai point ici du diagnostic de la colique néphrétique et de la néphralgie, parce qu'il est nécessaire que je me sois expliqué auparavant sur cette dernière affection.

L'entéralgie, les coliques nerveuses, qui donnent quelquesois lieu à des douleurs très intenses, pourraient être confondues avec la colique néphrétique; mais le siège de la maladie n'est pas le même, et l'absence de toute altération dans la sécrétion et l'excrétion urinaires vient lever toutes les difficultés.

Lorsque la colique néphrétique est causée par la présence d'un gravier dans la partie droite des voies urinaires, on pourrait la confondre avec la colique héputique, et cela d'autant plus que la cause des accidents néphrétiques et hépatiques étant la même, c'est-à-dire la présence d'un corps étranger dans des conduits trop étroits pour leur livrer passage, les symptômes principaux sont à peu près identiques. L'état des urines, qui sont rares, excrétées goutte à goutte, avec un sentiment d'ardeur, dans la colique néphrétique, ne se retrouve pas dans la colique hépatique; la rétraction douloureuse du testicule, l'engourdissement de la cuisse, sont encore des phénomènes propres à la première de ces deux affections. Et, d'un autre côté, la colique hépatique présente, comme caractère distinctif, l'ictère qu'on remarque presque constamment.

Telles sont les affections qu'il était important de signaler dans ce diagnostic; quant à la cystite aiguë, au psoitis et à quelques autres affections qu'on a distinguées de la colique néphrétique, je ne crois pas qu'elles s'en rapprochent assez, soit par leur marche, soit par leurs symptômes, pour qu'il soit nécessaire de poser un pareil diagnostic.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

Je ne mettrai dans ce tableau que les traits principaux, attendu que, je le répète, les cas qui peuvent offrir des dissicultés sont extrêmement rares.

⁽¹⁾ Traité des nécralgies ou affections douloureuses des nerfs; Paris, 1841, p. 131.

1º Signes distinctifs de la néphrite et de la colique néphrétique.

COLIQUE NÉPHRÉTIQUE.

Douleurs excessives, du moins dans les exacerbations violentes.

Excrétions préalables de sable ou de gravier avec les urines.

Pouls faible, petit, misérable dans les exacerbations. NÉPERITE.

Douleurs beaucoup moins vives, plus con-

Point d'excrétion de sable ou de gravier.

Pouls fébrile.

2º Signes distinctifs du lumbago et de la colique néphrétique.

COLIQUE NÉPHRÉTIQUE.

Douleurs, et suprà.

Non exaspérées par la contraction des muscles lombaires.

N'a presque jamais son siège que d'un seul coté.

LUMBAGO.

Douleurs beaucoup moins violentes. Violenment exaspérées par la contractue des muscles lombaires.

Occupe les deux côtés.

3° Signes distinctifs de la névralgie lombo-abdominale et de la colique néphrique.

COLIQUE NEPHRETIQUE.

Douleurs, ut suprà. Excrétion antérieure de graviers. Pas de point douloureux déterminé.

Pouls, ut suprà.

NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE.

Douleurs généralement moins vives.

Pas d'excrétion antérieure de gravier.

Quatre points douloureux principeux (postivertébral, iliaque, hypogastrique, scrotal.

Pouls ordinairement naturel.

4" Signes distinctifs de la colique néphrétique et de la colique hépatique.

COLIQUE NÉPHRÉTIQUE.

Douleurs s'irradiant vers la vessie et le tes-

Altération de la sécrétion et de l'excrétion urinaire.

COLIQUE HÉPATIQUE.

Douleurs s'irradiant vers la politime a l'épaule.

Point d'altération de la sécrétion urinaire, si ce n'est la présence de la matière colorage de la bile dans l'urine.

Ordinairement ictère.

Pas d'ictère.

Pronostic. Ainsi que nous l'avons vu plus haut, le pronostic de la colique sephrétique n'est pas grave dans l'immense majorité des cas, si l'on ne considère que
l'accès lui-même; mais comme les accidents qui le constituent annoncent un
tendance souvent irrésistible à la formation des calculs dans les reins, on doit regarder les personnes qui en ont eu un ou plusieurs accès comme étant dans me
étant grave et qui demande un traitement actif et assidu.

§ VI. — Traitement.

Il est rare qu'on emploie les émissions sanguines dans le traitement de la colique néphrétique; si cependant les douleurs néphrétiques s'accompagnaient des signe de l'inflammation du rein, on ne devrait pas hésiter, surtout sur un sujet vignereux et pléthorique, à pratiquer la phlébotomie ou à appliquer des sangsues ce des ventouses scarifiées sur la région lombaire et sur le flanc du côté malade.

Les bains longtemps prolongés, les applications émollientes, sont mis en usage en pareil cas, et même dans ceux où la douleur qui caractérise la colique népartique existe seule.

Les boissons abondantes, les liquides alcalins, en un mot les moyens princi-

aux indiqués dans l'article précédent pour le traitement des concrétions urinaires, ont encore recommandés dans la colique néphrétique, mais uniquement dans le ut d'augmenter la sécrétion urinaire et de produire l'expulsion du corps étranger. l'est également dans ce but qu'on prescrit les eaux gazeuses, comme les eaux de eltz, de Contrexeville, etc.; mais je n'insiste pas sur cette partie du traitement, ttendu que les détails dans lesquels je suis entré à ce sujet (voy. p. 515) sont offisants. Je dirai seulement qu'on ne doit pas abuser de ces moyens, attendu que l'obstacle au cours de l'urine est complet, on peut déterminer une accumulation apide de liquide dans le rein : d'où la distension de cet organe et les accidents qui n sont la suite.

Narcotiques. Les narcotiques sont, de tous les médicaments, ceux auxquels il sut le plus se hâter d'avoir recours dans l'affection qui nous occupe; l'indication rincipale est, en effet, de calmer les douleurs excessives, en attendant que par es autres moyens on soit parvenu à faire expulser le corps étranger. « On ne doit as hésiter, dit M. Chomel, quand les douleurs sont très intenses, à faire prendre n malade, d'heure en heure, ou bien de demi-heure en demi-heure, un demi-grain l'opium sous forme liquide ou solide. On doit préférer en général l'opium liquide arce que l'action en est plus prompte; mais si la saveur nauséeuse augmente les omissements, on doit l'administrer en pilules, ou bien encore le donner en lavenents. La diminution des douleurs ou un commencement de narcotisme marque e point où il faut diminuer, éloigner ou suspendre l'emploi de l'opium. »

Le datura stramonium a été également administré contre les accidents de la coique néphrétique. Le docteur Zaar l'associe à l'huile de ricin, dans le but de calner les douleurs et de déterminer en même temps une dérivation intestinale. On a galement mis en usage la jusquiame et d'autres narcotiques. Le docteur Dubla ecommande les frictions suivantes :

24 Axonge...... 0,75 gram. | Extrait de belladone..... 0,75 gram. Pour frictionner les lombes et l'abdomen, trois ou quatre fois par jour.

Antispasmodiques. Les antispasmodiques ont été naturellement administrés dans une affection dans laquelle on a fait pendant longtemps jouer un grand rôle au spasme des organes; l'éther, l'assa fætida, le camphre, le castoréum, ont été mis en usage. Mais je n'insiste pas sur cette médication, parce qu'il est évident que le traitement par les narcotiques est bien préférable à l'emploi de tous les antispasmodiques.

La térébenthine, que nous avons vue administrée par quelques médecins contre les concrétions urinaires elles-mêmes, l'a été bien plus souvent dans le but de calmer l'irritation qu'elles produisent, et de diminuer l'abondance de la sécrétion urinaire dans les cas où l'on craint la distension du rein. Le docteur Richter (1) recommande la formule suivante, dans laquelle entre le savon, et qui peut par conséquent être rapprochée du traitement alcalin exposé dans l'article précédent :

⁷ Térébenthine de Venise.... 2 gram. Extrait de réglisse......... 12 gram. Savon médicinal............ 12 gram.

Mèles. Faites des pilules de 10 centigrammes, dont en prendra de 10 à 15, matin et soir.

⁽¹⁾ Speciale therapie,

Le café, également recommandé pour le traitement radical des concrétices urinaires, a été prescrit dans la colique néphrétique par le docteur Chapmann il qui recommande de le faire boire à un assez grand état de concentration et a grande quantité.

On a quelquesois, dit M. Rayer, eu recours au froid avec succès; les mahires s'étant mis nus, les pieds sur le pavé, plusieurs sois cette pratique a été suive de l'expulsion du gravier ou du rétablissement de la sécrétion urinaire. Cette expulsis a quelquesois aussi paru savorisée par l'application des ventouses sèches sur le traide l'urètre ou au périnée.

« Lorsqu'un gravier, ajoute cet auteur, ou un calcul est engagé dans l'uretire et qu'il l'obstrue (circonstance indiquée par le siège de la douleur, la diminute de l'excrétion de l'urine, etc.), on a conseillé de susciter le vomissement, d'excre le malade à tousser, à éternuer, et de lui faire faire des mouvements brusques, déterminer dans tout le corps de violentes secousses, pour faciliter le passage a gravier dans la vessie. A ce sujet, je remarquerai que dans les coliques néphraques, j'ai vu rarement l'expulsion des graviers suivre les vomissements spontar ou provoqués, et les malades sont trop souffrants pour chercher à tousser ou à étenuer; quant au cas d'obstruction de l'un des uretères par un véritable calcul, semblables tentatives seraient inutiles et dangereuses. »

Dans le cas de véritable colique néphrétique, il vaut beaucoup mieux, par comquent, maintenir les malades dans le repos le plus absolu, et laisser aux efforts de sécrétion urinaire, qui tend sans cesse à pousser en avant le corps étranger, le sui l'entraîner jusque dans la vessie; les malades seront couchés, légèrement courers dans une chambre tranquille, et éviteront tous les mouvements un peu violents

On a proposé encore, pour saire cesser la douleur, l'application de quelque re vulsifs, et principalement des vésicatoires volants; mais ces moyens, qui peuts avoir quelque succès dans le cas où la douleur a son siège dans le bassinet, su tout à fait insuffisants lorsqu'il s'agit de la colique néphrétique produite par passage d'un gravier à travers l'uretère.

Chloroforme. Mais il est un moyen nouveau qui peut rendre, sous ce rapport, d'imenses services: c'est le chloroforme. On peut l'employer de trois manières différente 1. A l'intérieur, de 0,50 à 1 ou 2 grammes dans une potion de 120 à 150 gramme c'est le moyen le moins actif et le moins sûr. 2º En applications extérieures, comme cela a élé fait dans le cas suivant. M. le docteur Aubrun (2) a réussi à enlever les donnéeurs si atroces de la néphrite calculeuse par l'application du chloroforme sur le gion rénale et sur les autres points douloureux de l'abdomen. Ce liquide s'applique d'abord à l'aide d'une compresse de ouate imbibée avec 10 grammes de liquide; puis à l'aide d'un peu de ouate recouverte d'un verre de montre et se laquelle on verse 2 grammes du médicament. 3" En inhalation. C'est ainsi que y l'ai mis en usage avec un succès bien remarquable. Voici le fait. Au mois de j'i 1849, au plus fort du choléra, je fus appelé auprès d'une dame qui éprouvait de douleurs atroces dans le ventre et qui croyait être attaquée de la maladie réganne. Un médecin appelé auprès d'elle partagea cette opinion, et se contenta de prescrit une potion diacodée. Les douleurs persistèrent, et leur caractère, leur direction k

⁽¹⁾ Journal de Philadelphie, août 1824.

⁽²⁾ Journ. des conn. med.-chir., aont 1849.

ong de l'uretère gauche, les douleurs de la vessie, le défaut d'évacuations alvines a l'absence des autres signes du choléra, me firent diagnostiquer une néphrite alculeuse. Je pratiquai immédiatement l'inhalation de chloroforme. En moins l'une minute tout se calma. La malade resta une heure environ sans presque souf-rir, puis les douleurs recommençant nouvelle inhalation, et ainsi de suite, jusqu'à e que 8 ou 10 heures environ après la première inhalation la malade, en urinant, enendit un bruit particulier sur le vase. Il était produit par un calcul gros comme un etit pois. Dès ce moment tous les accidents cessèrent. Ainsi la colique néphrétique l'était passée sans douleur. Pendant qu'on fait les inhalations, on doit, bien enendu, faire usage des principaux moyens indiqués plus haut, et surtout des diuréiques. Dans ce cas, le chloroforme que j'ai employé avec le plus grand succès dans l'autres affections très douloureuses, comme on le verra quand je parlerai de la péritonite, a anéanti tout ce que la maladie avait de sérieux, c'est-à-dire la douleur, l'anxiété, la crainte, etc.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de résumer ce traitement fort, simple, et dans lequel il est surtout important de ne pas employer des moyens violents. Je dirai seulement que les boissons adoucissantes, les eaux gazeuses, les bains, les narcotiques et le chloroforme sont les moyens principaux, et forment la base de cette médication.

ARTICLE VI.

RÉTENTION DE L'UBINE DANS LES CAVITÉS RÉNALES, OU HYDRONÉPHROSE.

Des exemples de cette maladie ont été rapportés par des auteurs déjà anciens, et M. Rayer a rassemblé les principales observations connues dans la science. C'est d'après les faits qu'il a cités que sera principalement tracée la description suivante.

§ Ior. - Définition; synonymie.

La rétention de l'urine dans le rein, outre le nom d'hydronéphrose, qui lui a été donné par M. Rayer, en a reçu d'autres, tels que ceux d'hydropisie, tumeur séreuse du rein, distension hydrorénale. Cette dernière dénomination paraît assez applicable à la maladie, mais elle est un peu trop vague; il vaut mieux, je crois, conserver la dénomination de rétention de l'urine dans le rein, qui rapproche cette affection de la rétention d'urine dans la vessie, dont elle ne diffère que par le siége et par ses conséquences. Voici, en esset, la définition donnée par M. Rayer: * Lorsque l'urine s'accumule lentement dans les reins à la suite d'un obstacle apporté à son passage dans la vessie ou à son expulsion au dehors, soit par un corps étranger, soit par un vice de conformation, il arrive quelquesois que les calices et le bassinet se dilatent sans que leurs parois s'enflamment sensiblement. Ces collections d'un liquide primitivement urineux, et plus tard d'apparence séreuse, dans le bassinet et les calices distendus et non enflammés, ont été désignées sous le nom d'hydropisie du rein, d'hydrorénale distension. » On voit par là que si le liquide acquiert, à une certaine époque, l'apparence sérense, la maladie n'a pas moins débuté par une véritable rétention d'urine, de même que l'hydropisie de la vésicule du fiel débute par la rétention de la bile.

§ II. - Causes.

On a constaté l'existence de cette maladie à tous les âges. Bonet (1) avait de cité un cas observé chez un enfant nouveau-né, et Billard (2) a rapporté un cas semblable, qui a été reproduit par M. Rayer.

Pour que la rétention de l'urine ait lieu, il faut qu'il y ait, soit un vice de compartion qui oblitère l'uretère, ce que l'on observe dans les cas où la mabésurvient chez des nouveaux-nés, soit un corps étranger qui obstrue ce conduit, » une tumeur qui comprime et oblitère une partie des voies urinaires.

Les corps étrangers qui, engagés dans l'uretère, empêchent l'excrétion urinament déterminent la rétention de l'urine dans le rein, ont déjà été indiqués trop suvent, pour qu'il soit nécessaire de les énumérer ici. Parmi les tumeurs qui, robstruant une partie des conduits, occasionnent la rétention de l'urine, il n'es rops qu'on observe plus fréquemment que le cancer. Cette simple indication de causes me paraît suffisante, car il est facile de comprendre les diverses conditions ganiques qui peuvent déterminer l'état morbide assez rare dont nous nous occupes

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de la rétention de l'urine dans le rein, et de la tumeur deparence séreuse qui en est la suite, sont presque tous fort obscurs. Les malement éprouvé, à une époque plus ou moins éloignée, des douleurs plus ou moins et vives, surtout lorsque l'obstacle consiste dans un calcul engagé dans l'ureten car alors ils ont été en proie à des accès de colique néphrétique. Dans le cou une tumeur cancéreuse a produit l'oblitération des conduits urinaires, on a coutre pu observer les autres symptômes propres à cette maladie, comme l'af blissement, le dépérissement et le teint jaune pâle, etc.; mais rien n'indique d'amanière positive qu'il se fait une accumulation de liquide dans le bassinet et calices, si ce n'est l'apparition d'une tumeur fluctuante dans la région rénale.

Cette tumeur est molle, indolente, sans changement de couleur à la peau : « volume, dit M. Rayer, peut varier entre celui du poing et celui de l'utérus, i qu'il est dans les derniers mois de la grossesse. » La tuméfaction est alors très « sible dans la région lombaire, et quelque position qu'on fasse prendre au maix elle ne disparaît pas complétement. La palpation fait reconnaître dans cette tume de grosses bosselures; cette sensation a été comparée à celle que produit le graintestin fortement distendu.

La fluctuation qu'on y détermine est toujours prosonde, à cause de la gracépaisseur des parties qui recouvrent le rein; cependant, lorsque l'accumulation : liquide est très considérable, on la fait naître assez sacilement.

La percussion pourrait être pratiquée, pour déterminer les dimensions de la :meur; mais comme les signes que nous venons d'indiquer sont suffisants, il sera
inutile de fatiguer le malade en lui faisant prendre les postures indiquées pur
quelques médecins.

On chercherait en vain, dans l'état des malades, d'autres signes propres à la maladie. Dans les cas où la rétention de l'urine et la tumeur séreuse qui en cal suite ont pour siège un seul côté, l'état général ne présente rien de particulier.

(1) Sepulchretum, t. II.

⁽²⁾ Traité des maladies des nouveaux-nés.

es sujets vaquent à leurs occupations, remplissent toutes leurs fonctions comme à 'état normal; on ne peut même trouver aucun signe dans la quantité de l'urine; ar le rein sain suppléant le rein affecté, les malades rendent une urine non altéve, en même quantité qu'à l'état sain. Dans les cas où la maladie occupe les deux ôtés, les symptômes sont au contraire très graves à partir du moment où le cours le l'urine a été complétement arrêté; et comme cet état ne peut durer qu'un très etit nombre de jours, les accidents acquièrent très rapidement une très grande ntensité.

En pareil cas, outre les signes locaux précédemment indiqués, et qui se monrent des deux côtés, on observe : 1° la rétention complète de l'urine : si l'on introluit une sonde dans la vessie, on n'obtient pas une goutte de liquide ; 2° une agiation suivie d'affaissement (symptômes cérébraux); 3° un mouvement fébrile rononcé. Il y a quelque analogie entre la manière dont les malades succombent et a mort des sujets dont les reins sont envahis par un très grand nombre d'acéphaocystes (1).

Quelquesois le rein distendu vient à s'enslammer; on observe alors les signes de la pyélite aiguë, avec accumulation du pus dans les cavités rénales (2).

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

Dans les cas où l'affection n'occupe qu'un seul rein, la marche de la maladie est extrêmement lente; on peut dire même que généralement elle ne fait pas de progrès appréciables, quoique la distension du rein puisse aller toujours croissant. Dans ceux où la maladie occupe les deux côtés, il y a deux périodes bien distinctes. Lorsque l'obstruction est encore incomplète, au moins d'un côté, et que l'excrétion urinaire peut avoir lieu, les sujets ne présentent pas un état beaucoup plus grave que dans les cas où un seul côté est malade; mais du moment où l'obstruction devient complète des deux côtés, l'affection acquiert une intensité extrême.

La même distinction doit être faite relativement à la durée de cette maladie. On a vu des sujets qui ne la présentaient que d'un côté, vivre pendant de nombreuses années sans en éprouver de grandes incommodités. Chez ceux qui out les deux reins affectés, la durée est moins longue; mais encore ici il faut mentionner les deux périodes très différentes signalées à propos de la marche. La première a une longue durée (des années entières), la seconde se termine par la mort en quelques jours.

Lorsqu'il n'y a encore que simple rétention d'urine dans le rein, la maladie se termine fréquemment par l'expulsion de l'obstacle qui empêchait le cours de l'urine, et par une guérison rapide. Lorsque l'obstacle est devenu permanent, et que le rein s'est converti en une poche renfermant un liquide séreux, l'affection devient également permanente, et persiste jusqu'à la mort, causée soit par une maladie intercurrente, soit par l'oblitération de l'uretère du côté opposé, auquel cas l'affection détermine la mort par elle-même.

S V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ne doivent pas m'arrêter longtemps. Le bassinet et les

⁽¹⁾ Voy. art. Hydatides des reins.

⁽²⁾ Voy. art. Pyélite.

calices sont énormément distendus; la substance du rein est atrophiée et réduite, une lame mince, et de là résultent les bosselures senties pendant la vie et qu'ex voit après la mort. « Le liquide, dit M. Rayer, qu'on trouve dans les tumeurs apra la mort, ou qui en sort à la suite d'une ponction, n'a jamais les qualités de l'une saine, même dans les cas où la maladie résulte de l'oblitération des conduits maires, mais ce liquide contient toujours de l'urée. »

§ VI. — Diagnostie; pronostic.

Voici comment le même auteur pose le diagnostic : « De semblables treurs, dit-il, ne peuvent être confonducs, par leur forme, qu'avec celles qu'esultent des kystes des reins, de l'accumulation du pus ou du sang dans le besnet et les calices dilatés; mais dans l'inflammation du bassinet l'urine est toujour plus ou moins chargée de pus, à moins que toute communication ne soit intercept entre le bassinet enflammé et la vessie, ce qui n'est pas le cas le plus ordinar D'ailleurs, dans la pyélite, la tumeur est presque toujours douloureuse, et le souvent elle est indolente dans l'hydronéphrose. Dans les derniers temps de l'indropisie des reins, l'urine muqueuse et légèrement filante rendue par le malade dien distincte de l'urine purulente et sanguinolente de la pyélite chronique sorte que, après un examen attentif, il sera toujours possible de distinguer ces de: espèces de tumeurs rénales.

Des erreurs de diagnostic assez graves ont cependant été commises au sojet : la maladie qui nous occupe. Dans trois cas cités par M. Rayer, et emprunté : différents auteurs, la tumeur rénale fut prise pour l'utérus développé, ou bes pour une hydropisie de l'ovaire, ou encore pour un spasme de l'intestin (Horson). Cette dernière maladie, même en admettant son existence, se trouve nat rellement écartée par un sigue bien simple: le son clair que doit rendre la tume intestinale, tandis que la tumeur rénale donne un son mat à la percussion. Que aux deux autres, la position de la tumeur, et surtout la détermination de son prince, serviront, avec les symptômes propres aux affections dont l'ovaire ou l'uters sont le siège, pour fixer le diagnostic. Reconnaissons, du reste, que, sur ce pri comme sur beaucoup d'autres, la maladie qui nous occupe demande de nouver recherches.

Pronostic. On a vu plus haut que le pronostic de cette affection, lorsqu'elk is son siège que d'un seul côté, est loin d'être actuellement grave; mais, ce qu'il is à redouter, c'est que la cause qui a déterminé l'obstruction complète du communication n'agisse tôt ou tard sur le côté opposé, car l'hydronéphrose double et permanente est une maladie mortelle. Lorsque le rein affecté s'enslamme, l'état de rein grave et souvent mortel.

§ VII. - Traitement.

Voici le résumé du traitement tel que l'a présenté M. Rayer: « Dans le traitemes de l'hydronéphrose, il faut rechercher la cause de l'obstruction de l'uretère: de si cette obstruction paraît due à un calcul, et que, par l'examen de l'urine de l'aide d'autres renseignements, on parvienne à connaître la nature (1) du calcul.

⁽¹⁾ Voy. à ce sujet ce que j'ai dit dans le passage consacré au traitement chimique des courses urinaires, p. 291 et suiv.

on cherchera à le ramollir ou à en opérer la dissolution. Ensuite on éloignera, autant que possible, toutes les causes qui pourraient enslammer la poche rénale et augmenter la sécrétion de l'humeur du bassinet et des calices.

- » Si la tumeur, développée sans avoir été précédée de symptômes propres aux coliques néphrétiques et par l'occlusion de l'uretère, peut être attribuée à un vice de conformation, on essaiera de faciliter le cours de l'urine à l'aide de légères frictions, d'une douce compression sur la tumeur, en faisant prendre au malade diverses attitudes.
- » Ponction; incision. Le docteur Kænig a conseillé de pratiquer une ponction à ces tumeurs hydrorénales, à l'aide d'un trois-quarts, toutes les fois qu'elles s'élèvent sensiblement et qu'elles présentent évidemment de la fluctuation, ainsi que cela se fait pour l'hydropisie de l'ovaire. Un tel conseil ne doit pas être suivi tout d'abord, quel que soit le volume de l'hydronéphrose d'un des reins; car cette maladie est compatible avec l'exercice régulier des principales fonctions; elle ne compromet évidemment ni la santé ni la vie; et, d'un autre côté, après la ponction on a vu la poche rénale s'enslammer, une péritonite survenir et les malades succomber. Mais si, tant que la poche rénale n'est pas douloureuse, on doit se dispenser de recourir, soit à la ponction, soit à l'incision de la tumeur, il en est autrement lorsque les parois de la poche s'enslamment, lorsqu'elles paraissent se ramollir ou se persorer; il saut recourir aux saignées locales et générales, aux bains et aux oataplasmes émollients, et en même temps évacuer par des lavements et des purgatifs les matières amassées dans le gros intestin. Si les accidents persistent, s'il survient des frissons, si la douleur lombaire est plus vive ou plus continue, il devient nécessaire alors de frayer au dehors une voie au pus ou à l'humeur séreuse et purulente accumulée dans le bassinet et les calices. »

Ne pouvant pas consulter d'autres recherches rigoureuses sur cette maladie rare, il me serait impossible d'ajouter quelque chose de plus précis à cet exposé du traitement de la rétention de l'urine dans le rein et de l'espèce d'hydropisie qui en est la suite.

CHAPITRE III.

NÉPHRALGIE. DIABÈTE. HIPPUNIE.

Je place ces maladies dans un chapitre particulier pour divers motifs. Je n'ai pas cru devoir parler jusqu'à présent de la première, parce que je ne trouve nulle part des faits qui me conduisent à en admettre l'existence, ce qui m'a fait penser qu'il serait suffisant d'en dire un mot à la suite de toutes les affections rénales.

Quant à la seconde, elle a une importance incontestable; mais il est bien loin d'être démontré que ce soit une affection des reins ou de leurs conduits. On doit bien plutôt admettre, comme nous le verrons plus loin, une altération des humeurs qui rend raison de tous les phénomènes de la maladie. On ne pouvait donc pas placer le diabète parmi les maladies dont il est traité dans le chapitre qui précède, et, d'un autre côté, il cût été trop contraire à l'usage de le rejeter dans les affections générales. J'ai pensé qu'il convenait de lui donner une place à la suite des maladies rénales, ce qui est d'ailleurs motivé par les symptômes très importants qu'on observe du côté des voies urinaires.

ARTICLE I.

NÉPHRALGIE.

Dans les écrits d'un bon nombre des auteurs qui nous ont précédés, le mot de néphrolgie s'applique à toute espèce de douleurs ayant le rein pour siège, et principalement aux douleurs causées par la présence d'un calcul ou d'un gravier, c'està-dire à la colique néphrétique décrite plus haut. Il ne s'agit pas ici, on le pense bien, de discuter si cette manière d'entendre la maladie qui nous occupe est on n'est pas admissible. Par l'expression de néphralgie, on ne peut, en effet, aujour-d'hui, désigner autre chose qu'une douleur purement nerveuse se produisant dans le rein. Mais une douleur de ce genre à-t-elle jamais été observée de manière à c qu'il ne puisse rester aucun doute sur son existence? C'est là, ainsi que je le disais plus haut, ce qu'il importe de rechercher.

La principale autorité qu'on ait citée en faveur de l'existence de la néphralgie est celle de Sydenham (1), qui a décrit une douleur violente dont il place le siège dans le rein. Mais si l'on examine cette description, on voit que rien n'est mois bien constaté que ce siège. Voici, en effet, comment s'exprime cet auteur célèbre: « Nonnunquam remum alterum vehementissimo dolore afficit, und è vomitus immanis; atque etiam per ureteris ductum persæpè delatus, calculum simulat.

On voit facilement par cette citation que Sydenham a plutôt imaginé que la douleur occupait le rein, qu'il ne l'a constaté par l'observation; et ceux qui, à son exemple (2), ont admis l'existence de cette douleur nerveuse des reins à laquelle ils ont donné le nom de néphralgie hystérique, n'ont pas fourni de meilleures preuves à l'appui de leur manière de voir. C'est toujours une vive douleur lombaire, paraissant se propager parfois le long de l'uretère, accompagnée de vomissements et cédant à l'emploi des narcotiques ou des antispasmodiques. Or, sauf cette direction de la douleur dans le sens de l'uretère, on ne voit rien là qui prouve que la maladie occupe réellement le rein, et l'on peut même se demander comment ma établi que c'était bien le long de ce conduit, et non dans la direction des perfombaires ou dans toute autre, que s'irradiait la douleur. Dans certains cas de dysménorrhée, ne voit-on pas des douleurs très vives s'élancer des lombes pour descendre vers l'hypogastre ou remonter de l'hypogastre à la région lombaire, sam qu'on ait la pensée de donner pour siége à ces douleurs les reins et les uretères!

Les auteurs plus modernes n'ont pas mieux réussi à mettre hors de doute l'existence de la néphralgie. Les docteurs Strambio (3), Barailon (4), Teale (5', citis par M. Rayer, ont donné comme des néphralgies, des douleurs occupant les tombes, mais dont le siège précis n'est nullement déterminé. Quant à celui qui ex rapporté par M. Rayer lui-même, il est trop évident qu'il ne s'agissait pas d'une névralgie rénale, pour qu'il soit nécessaire d'insister longtemps sur son exames. Je me borne à dire qu'on avait affaire, dans ce cas, à un anévrysme de l'aorte tho-

⁽¹⁾ Opera omnia, t. I. p. 132, Colica biliosa. Ann. 1670, 71, 72, édit. de Genève. 1769.

⁽²⁾ SLUVAGES, Nosalogia methodica.

⁽³⁾ Journ. des progrès, t. I.

⁽⁴⁾ Journ. de méd. et de chir., par A. Roux; Paris, 1767, t. XXVII. p. 436.

⁽⁵⁾ Edinburgh med. and surg. Journal, vol. XXXIII.

racique ayant son siège au niveau et à droite de la septième vertèbre, et l'on sait quelles douleurs vives peuvent produire de semblables tumeurs, non soulement dans les parties tout à fait voisines, mais encore à une certaine distance.

Je ne crois donc pas qu'il soit possible d'admettre comme démontrée l'existence d'une douleur purement nerveuse occupant le rein, et par conséquent je ne dois pas m'y arrêter davantage.

ARTICLE II.

DIABÈTE EN GÉNÉRAL.

Le mot diabète est un nom générique par lequel on a désigné un certain nombre de maladies essentiellement distinctes, bien que quelques unes aient de grands traits de ressemblance entre elles. Les progrès de la pathologie et l'étude attentive de l'altération des humeurs, faite dans ces dernières années, nous permettent aujourd'hui de rejeter entièrement du genre diabète plusieurs de ces affections, et de tracer une ligne de démarcation tranchée entre elles et celles qui peuvent encore, quoique d'une manière très générale, se ranger sous cette dénomination peu précise : c'est ce que je vais faire avant d'aborder la description des états morbides qui doivent trouver place ici.

Un historique très bien présenté par M. Contour, dans son intéressante thèse sur le diabète sucré (1), nous fait connaître les diverses phases par lesquelles à passé l'histoire du diabète dans les temps anciens; je lui en emprunte quelques détails auxquels j'ajouterai une indication rapide des travaux plus rapprochés de nous, et les conclusions qui en découleront naturellement me serviront à établir avec rigueur la manière dont j'entends que doit être envisagée l'affection diabétique.

Si l'on en croit Nicolas et Gueudeville (2), le diabète aurait été connu dès la plus haute antiquité, et Aristote en aurait parlé; mais les auteurs du Compendium n'ont pu trouver dans les écrits du philosophe grec aucun passage où il fût question de cette maladie. Presque tous les auteurs s'accordent à faire remonter seulement à Celse la connaissance du diabète; mais la description donnée par cet auteur est très sommaire, et ne peut se comparer à celle d'Arétée, qui est d'une grande précision. Quant aux auteurs qui vinrent ensuite, et parmi lesquels M. Contour a cité principalement Aétius (3), Paul d'Egine (4), et Actuarius (5), ils n'ont rien ajouté à ce que l'on savait avant eux, et il faut arriver à Willis pour voir l'histoire du diabète changer pour ainsi dire de face.

Avant ce dernier auteur, en esset, on ignorait complétement que la présence du sucre dans l'urine sût un des caractères essentiels du diabète proprement dit, maladie désignée pour cela sous diverses dénominations qui seront indiquées plus loin. Willis, en reconnaissant le goût de sucre ou de miel des urines diabétiques, mit sur la voie de la découverte; toutesois l'existence de la matière sucrée n'avait pas été mise hors de doute par l'analyse. Pool et Dobson (1775), au rapport de

⁽¹⁾ Du diabete sucré : Paris, 1845.

⁽²⁾ Rech. et exper. med. et chim. sur le diabète ou phthisurie sucrée; Paris, 1805.

⁽³⁾ Titr. III, sem. 3, cap. 1.

⁽⁴⁾ De re medic., lib. III, cap. xLv.

⁽⁵⁾ De meth. med., lib. III, cap. vu et passim.

M. Bouchardat (1), ne firent que l'entrevoir, et ce sat Cawley (1778) qui, par ses expériences chimiques, démontra, d'une manière péremptoire, la présence du sucre dans l'urine des diabétiques.

A une époque plus rapprochée de nous, Nicolas et Gueudeville non seulement constatèrent l'exactitude de cette observation, mais encore étudièrent avec soin la maladie, et à l'aide des faits qu'ils avaient recueillis, tracèrent une histoire du diabète citée avec honneur par tous les auteurs venus après eux. Dupuytren et M. Thenard (2) publièrent, peu de temps après, un mémoire dans lequel ils insistèrent fortement sur l'importance du règne animal dans le traitement de la maladie.

Récemment des travaux fort importants ont été entrepris sur le diabète : je citericeux de M. Bouchardat (3), de M. Mialhe (4), qui ont donné des théories diverses de la maladie; l'application de l'appareil de M. Biot à la recherche du sucre dans l'erine; les procédés chimiques pour découvrir ce sucre; mais comme ce sont la les principaux matériaux qui me serviront pour l'article qui va suivre, il serait inutle d'entrer ici dans de plus grands détails.

La découverte de la matière sucrée servit à distinguer une espèce de diabète de toutes les autres. Mais on n'en admit pas moins beaucoup d'autres qu'on regardait comme des affections sinon de même nature, au moins analogues. Ainsi Cullen (5), reconnaissait les espèces suivantes, divisées en deux sections : 1° Diobète idiopathique, comprenant le D. mielleux et le D. insipide; 2° Diobète symptomatique, comprenant le D. hystérique, le D. arthritique et le D. artificiel, qui n'est autre chose que le résultat des expériences de Malpighi sur un animal vivant. A ce espèces, qui sont à peu de chose près celles qu'on trouve dans la Nosographie de Sauvages, il faudrait joindre, d'après divers auteurs, un diabète laiteux, un diabète par excès d'urée.

Plusieurs auteurs récents, parmi lesquels on doit citer M.M. Andral et Bouillaud (6), rejetant la plupart des divisions anciennes, ont cependant décrit deux espèces différentes, qui sont le diabète aqueux ou insipide, et le diabète sucré.

Je n'ai pas besoin de dire combien on aurait tort de regarder, avec Cullen et Sauvages, comme des diabètes, c'est-à-dire comme des maladies caractérisées par une altération du liquide urinaire, les sux plus ou moins copieux d'urine que s'observent à la suite des attaques d'hystérie et qui accompagnent quelques autres états morbides. Quant aux urines laiteuses, chyleuses, purulentes, elles se trouvest dans d'autres affections dont nous avons parlé (7), et ne méritent en aucune manière le nom de diabète.

Reste donc la division en diabète aqueux ou insipide, et diabète sucré. Si l'œ veut conserver le mot de diabète, il est difficile de repousser cette division, car œ a vu des sujets présenter des symptômes fort analogues à ceux qui accompagnes la phthisurie sucrée, sans qu'il y eût un atome de sucre dans les urines, et ces destaffections ont tant de rapport, qu'on a fait tout ce qu'on devait, en les décrivant

⁽¹⁾ Monographie du diabète sucré (Annuaire de thérap., 1811).

⁽²⁾ Sur le diabète sucré (Bulletins de la Soc. de méd., 1806).

⁽³⁾ V. le résumé de tous ses travaux dans le Bull. de l'Acad. de méd., t. XV, p. 538. 11 mars 1850.

⁽⁴⁾ Comples rendus de l'Ac. des sc., 1844 et 1845.

⁽⁵⁾ Elem. de med. pratiq., t. 11.

⁽⁶⁾ Dict. de méd. et de chir. prat., art. Despite.

^{(7&#}x27; Voy. Hématurie rénale, Pyélite, etc.

comme deux espèces distinctes. Mais s'il existe de nombreux points de ressemblance, il y a aussi des dissérences importantes, et, pour plus de précision, il vaut mieux, je pense, abaudonner entièrement cet aucien mot de diabète, comme on a abandonné celui de dyspnée, en taut que désignant une maladie et non un simple symptôme. C'est, au reste, ce qui a été proposé par les divers auteurs qui ont écrit sur ce sujet dans ces dernières années, et les considérations précédentes ont assez de poids pour motiver un néologisme qui, en tout autre état de cause, devrait être repoussé. Je vais, en conséquence, décrire successivement, sous les noms de polyurie, glucosurie et hippurie, trois états morbides dissérents qui ont sait partie, jusqu'à ces derniers temps, d'une assection complexe nommée diabète.

ARTICLE III.

POLYURIE, OU DIABÈTE INSIPIDE.

Sous le nom de polyurie, on doit réunir, quant à présent, plusieurs états pathologiques désignés autresois par l'expression de diabète aqueux ou insipide. Ce sont : 1° l'excrétion augmentée d'une urine qui ne dissère de l'urine à l'état normal que par la diminution relative des principes solides; 2° une affection dans laquelle, l'urine étant également aboudante, on trouve une diminution très notable ou même la disparition complète de l'urée; 3° ensin un état dans lequel l'urée est beaucoup plus abondante que dans l'état normal.

Ces deux dernières affections ont été appelées anazoturie ou azoturie, suivant que le principe constituant de l'urine qui vient d'être indiqué manque ou est plus considérable qu'à l'état sain.

La plupart des polyuries ne sont évidemment autre chose que la maladie que nous avons décrite sous le nom de polydipsie (1); il serait par conséquent inutile d'entrer ici dans de grands détails à ce sujet. Seulement nous devons reconnaître que, dans quelques cas, l'urine n'est pas en rapport avec la quantité des boissons prises, et c'est à ces cas qu'il faut réserver particulièrement le nom de polyurie.

1° Lorsque l'urine des polyuriques ne présente d'autres caractères qu'une diminution relative de ses principes solides, il n'est pas rare de voir se maintenir un état de santé parfait, ou du moins très supportable. Cardan, cité par M. Contour (2), a rendu, pendant quarante ans, de 60 à 100 onces d'urine par jour, sans qu'il éprouvât le moindre dérangement de sa santé, pas même un peu d'amaigrissement. La soif, en parcil cas, n'était pas augmentée. Les cas de ce genre sont rares. Ordinairement on observe un peu d'affaiblissement, une certaine langueur, l'épaississement de la salive, la sécheresse de la gorye, et enfin un peu d'amaigrissement. Ces symptômes, avec l'émission fréquente et incommode d'une urine peu ou point colorée, ayant perdu une partie de sa pesanteur spécifique, légèrement acide ou neutre, complètent le tableau de cette affection plutôt fatigante que grave.

⁽¹⁾ Voy. t. 11, Maladies des voies digestives.

⁽²⁾ Loc. cil., p. 70.

2º Lorsque l'affection a pour caractère une diminution considérable ou la disparition de l'urée, les symptômes sont un peu plus sérieux. Voici ceux que Robert Willis observa chez un de ses malades, qui peut être donné comme un type: soif, douleur au creux de l'estomac, langueur, amaigrissement, dépression très grande des forces, émission chaque jour de 6 à 7 chopines d'urine de conleur paille, presque sans odeur, ne contenant que la cinquantième partie de son poids de résidu, dont l'urée constituait seulement la dixième partie, au lieu de la moitié. Chez un malade observé par le docteur Stosch, on observait une soif vive, une douleur poignante au creux de l'estomac, l'amaigrissement, un affaiblissement considérable, l'émission chaque jour de 4 à 6 livres d'une urine ne contenant pas de sucre, et présentant à peine quelques traces d'urée (1). Ces symptômes sont, comme on le voit, identiques, à quelques nuances près, dans les deux cas.

3º Quand, au contraire, il existe un excès d'urée, qu'il y a, en d'autres termes, azoturie, les symptômes paraissent être un peu plus graves, quoiqu'ils ne soient pas différents par leur nature, si l'on s'en rapporte du moins à la description donnée par Robert Willis. Ce sont encore la soif assez vive, la langueur, la diminution des forces et l'émaciation. L'urine, dont la quantité est augmentée d'une manière notable, est transparente, peu colorée, d'une odeur presque nulle, et d'une densié ordinairement élevée. L'analyse chimique y fait reconnaître une quantité d'urée parfois très considérable, et toujours plus grande qu'à l'état normal.

La polyurie a une marche toujours très lente, sa durée est indéterminée; elle se tend pas naturellement à la guérison, quelle que soit la nature de l'urine excrétée.

Le diagnostic de cette affection ne présente pas de difficultés sérieuses; on disingue une véritable polyurie d'une simple polydipsie aux rapports qui existent entre la quantité des boissons ingérées et de l'urine excrétée. Dans la véritable polyurie, les urines sont beaucoup plus abondantes que ne le comporte la quantité des boissons; dans la polydipsie, au contraire, la quantité de l'urine est en proportion de la quantité des liquides ingérés.

Reste donc seulement le diabète sucré, ou glucosurie; mais la présence du sucre, qu'il sera facile de reconnaître avec les moyens que j'indiquerai dans l'article suivant, est un signe pathognomonique, et suffit par conséquent pour le diagnosic.

Le pronostic n'a point généralement une grande gravité; cependant nous avons vu que dans les cas d'azoturie et d'anazoturie, l'affection peut devenir sérieuse.

Le traitement dissère suivant les variétés que j'ai indiquées plus haut. Pour la simple polyurie, on doit employer uniquement les moyens mis en usage dans la polydipsie. Ce sont l'opium, les antispasmodiques, les ferrugineux, les toniques, les astringents, le calomel, etc. (2).

Dans les cas d'anazoturie, on doit joindre à ces moyens le régime presque exclusivement animal, et dans les cas d'azoturie il faut, au contraire, les aides du régime végétal.

L'affection que je viens de décrire n'a pas, comme on peut s'en assurer par la lecture des auteurs, été étudiée avec tout le soin désirable; c'est pourquoi, en l'absence de documents précis, je me hâte de passer à une maladie beaucoup plus

⁽¹⁾ CONTOUR, p. 70 et 71.

⁽²⁾ Voy. t. II, art. Polydipsic.

importante, et sur laquelle nous possédons d'excellents travaux, c'est-à-diré à là glucosurie, ou diabète sucré.

ARTICLE IV.

GLUCOSURIE, OU DIABÈTE SUCRÉ.

§ 1. — Définition; synonymie; fréquence.

La définition suivante, donnée par M. Contour, expose très bien les principaux caractères de la maladie: « Le diabète, dit cet auteur, est une maladie caractérisée par une excrétion très abondante d'urine contenant toujours une matière saccharine cristallisable, analogue au sucre de fécule, accompagnée d'une augmentation notable de l'appétit, d'une soif inextinguible et d'un amaigrissement progressif.

Cette affection a été désignée d'abord par le nom générique de diabète, puis par ceux de urince profluvium, tabes urinalis, dyssenteria nephretica, hydrops ad matulam, dipsacus, diabetes anglicus, mellitus, urorrhea. Les Allemands lui donnent les noms de Harnfluss, Harnruhr, etc. M. Bouchardat a proposé de lui donner celui de glucosurie, qui a l'avantage de désigner le principal caractère de la maladie, et de supprimer l'ancien mot de diabète, qui peut donner lieu à la plus grande confusion. C'est cette dénomination qui me paraît devoir être définitivement adoptée.

Sans être une maladie commune, la glucosurie est loin d'être rare; on peut en juger par le grand nombre d'auteurs qui en ont parlé, et qui, presque tous, l'ont fait d'après des observations qui leur étaient propres.

§ II. — Causes.

Il y a à examiner dans la glucoserie deux ordres de causes très dissérentes : les unes, qui sont celles qu'on doit étudier dans toutes les maladies, peuvent être divisées en causes prédisposantes et occasionnelles; nous allous voir que beaucoup d'entre elles sont très obscures. Les autres peuvent être désignées sous la dénomination de conditions organiques, et c'est en les recherchant que nous exposerons et apprécierons les diverses théories pathogéniques présentées par les auteurs.

1º Causes prédisposantes.

Age. « C'est, dit M. Contour, dans la période moyenne de la vie, c'est-à-dire de trente à quarante ans, que le diabète s'observe le plus fréquemment; toutesois aucun âge ne paraît en être à l'abri. Ainsi, bien qu'à l'hôpital des Ensants, cette maladie soit excessivement rare, et que Guersant m'ait dit n'en avoir jamais rencontré que deux exemples, tant à l'hôpital que dans sa clientèle, le docteur Venables l'a observée assez souvent à Londres, chez de jeunes sujets, mais peut-être a-t-il été trop loin en disant que cette affection est très commune chez les ensants, et que, si l'opinion contraire a prévalu, c'est que le plus souvent on en méconnaît l'existence. » Plusieurs auteurs, tels que Mac-Grégor, Robert Willis, Rollo (1), Johnson, Bouchardat, l'ont observée chez des ensants de trois à neuf et

⁽¹⁾ Trailé du diabéte sucré, trad. de l'anglais par Alyon; Paris, an VI, in-8.

douze ans. J'ai vu moi-même un enfant de six ans mourir de cette maladie. C'est dans la vieillesse que la glucoscrie paraît être le plus rare : en effet, on n'en a trouvé que très peu d'exemples à cet âge; ils sont dus à P. Frank et à M. Berndt.

Sexe. Suivant Robert Willis, le sexe n'a aucune insluence sur la production de la glucosurie; cependant la plupart des auteurs affirment que cette maladie est beaucoup plus sréquente chez l'homme que chez la semme : c'est, comme on le voit, un sujet de recherches qui mérite l'attention des observateurs.

Constitution. Les auteurs ne sont nullement d'accord sur l'influence de la constitution, et leurs opinions à ce sujet sont tellement contradictoires, qu'il faut nécessairement attendre, pour se prononcer, que nous ayons des documents plus précis. On devra prendre garde, dans les recherches qu'on entreprendra, de s'en laisser imposer par la détérioration que produit nécessairement la maladie, ou, en d'autres termes, de consondre la constitution acquise avec la constitution primitive.

Saisons, climats. Le paragraphe suivant de la thèse de M. Contour est un bon résumé de nos connaissances sur ce point; il importe, par conséquent, de le consiguer ici. « Le diabète, dit-il, n'est nulle part plus commun qu'en Hollande et es Angleterre, et Robert Willis dit que son ami le docteur Babington lui a appris que, pendant qu'il se préparait à passer un examen à Cambridge, son père, qui avait alors une clientèle très étendue, put lui montrer trente-trois cas de cette maladie à une seule époque, et, dans chacun des cas, on s'assura que l'urine était secrée. On a cru voir dans la température froide et humide du climat la seule cause de cette grande fréquence; mais la manière de vivre des habitants de ces contrés a peut-être une influence plus grande sur la production de la maladie, que la constitution même de l'atmosphère. On voit, en esset, le diabète devenir plus rare dans d'autres pays froids, et se montrer très fréquent dans certains pays chauds. Ainsi, le docteur Lesèvre dit qu'il compulsa les registres des principaux bôpitant civils et militaires de l'empire russe, et qu'il n'y trouva pas mentionné un seul cas de diabète. James Wylie n'en a pas non plus rencontré un seul exemple, parmi plus de deux millions de soldats qu'il a pu examiner comme inspecteur militaire: toutefois P. Frank en a observé deux cas dans un assez court espace de temps D'un autre côté, le diabète est loin d'être rare au Bengale, à Ceylan, à Saint-Domingue, en Égypte, où l'Arabe Rabbi Moyses l'a vu vingt fois en dix ans, œ qui signifie, ajoute-t-il: « Quod multoties generatur (diabetes) in regioniles calidis, et forte accidit in regione L'appril, saporitate aquæ Nili, quam omm bibunt. » P. Frank l'a rencontré plus souvent en Italie qu'en Allemagne. Pendant vingt ans, dit-il, que nous avons exercé chez les dissérents peuples de l'Allemagne. notre patrie, nous n'avons vu que trois fois cette maladie, que bien des personne n'ont jamais observée. En Italie, dans le court espace de huit ans, nous en avos rencontré sept exemples. « En France, le diabète est assez commun, et M. Rajer en a vu plus de trente cas. Les quelques observations que j'ai recueillies m'avaient porté à le croire plus fréquent en Normandie, et je trouve cette opinion émise et soutenue par Nicolas et Gueudeville, qui attribuent cette sréquence à la nourriture des habitants de cette province, et surtout aux hoissons sermentées, comme le cidre. par exemple, dont ils font un très grand usage. »

On a cité l'hérédité parmi les causes prédisposantes de la glucosurie, et plusieurs faits, parmi lesquels il faut citer particulièrement ceux d'Isensianum, qui a

vu sept ensants de la même samille affectés de la maladie qui nous occupe, viennent à l'appui de cette manière de voir. Mais, ainsi que l'a sait très bien remarquer M. Contour, les iudividus d'une même samille, tant qu'ils restent rassemblés, se nourrissent de la même manière, et sont soumis à la même hygiène. En dégageant ce qui peut appartenir à ces dernières causes, que resterait-il pour l'hérédité? C'est ce que nous ne pouvons pas dire dans l'état actuel de la science.

Les autres causes qui nous restent à étudier peuvent être regardées comme occasionnelles, bien que la plupart d'entre elles n'agissent qu'au bout d'un certain temps, et qu'elles puissent aussi jouer le rôle de causes prédisposantes.

2° Causes occasionnelles.

Aliments; boissons. Parmi les causes occasionnelles, celle qui tient la première place dans l'opinion de la plupart des auteurs est, sans contredit, l'alimentation. M. Contour, qui s'est occupé avec beaucoup de soin de cette question, est un des auteurs qui accordent la plus grande importance à cette cause. « On est frappé, dit-il, en lisant les observations qui nous ont été transmises, du grand nombre de diabétiques qui ne doivent leur maladie qu'à une nourriture insuffisamment réparatrice ou exclusivement végétale. Parmi les aliments, il faut, ajoute-t-il, signaler, en première ligne, tous ceux dans la composition desquels entre l'élément féculent ou sucre; parmi les boissons, celles qui sont le produit de la fermentation, comme la bière, le poire, le cidre, etc., ou bien encore les boissons aqueuses et chaudes prises habituellement en grande abondance. » Puis il rapporte un nombre assez considérable de faits dans lesquels la maladie paraît s'être développée ou aggravée sous l'influence de ces diverses causes, et il est porté à croire que si, dans certains pays, comme l'Angleterre ou la Hollande, elle est beaucoup plus fréquente que dans tout autre, c'est parce que l'on fait abus de quelques unes des boissons qui viennent d'être indiquées.

A cela on peut répondre d'abord qu'il faut sans doute quelque autre condition particulière, puisque les boissons dont il vient d'être question sont d'un usage excessivement répandu, et que la fréquence de la maladie ne paraît pas en rapport avec l'abus qu'on en fait. En second lieu, et cette remarque est de la plus grande importance, nous allons voir tout à l'heure que chez un homme sain, qui n'a pas par conséquent en lui le principe de la maladie dont nous nous occupons, les matières alimentaires contenant du sucre ou des fécules sont décomposées dans nos humeurs, et que leur passage en nature dans l'excrétion urinaire, qui est implicitement admis par ceux qui accordent une si grande influence à l'alimentation, n'est possible que lorsqu'une autre cause plus puissante est venue empêcher cette décomposition. Enfin les expériences de M. le docteur Cl. Bernard, sur lesquelles je reviendrai plus loin, sont venues prouver qu'une certaine perturbation nerveuse, très mystérieuse encore, il est vrai, doit agir comme une cause très puissante. D'où il suit que, sans dénier toute influence à l'alimentation sur la production de la maladie, on ne saurait admettre qu'elle en ait une aussi grande qu'on l'a dit, ou du moins faudrait-il, pour établir une semblable conclusion, attendre qu'on pût s'appuyer sur des faits plus sévèrement étudiés et analysés.

Reste maintenant un certain nombre d'autres causes que tous les auteurs de nos jours regardent comme au moins très problématiques; il me suffira, par consé-

quent, d'en donner l'énumération rapide, présentée par M. Contour (page 77):

« Ce sont l'adus des purgatifs, des diurétiques, des mercuriaux, l'affaiblissement causé par de grandes hémorrhagies, les saignées trop fréquentes, les suppurations abondantes, les travaux trop pénibles du corps ou de l'esprit, les chagrins profonds, les maladies chroniques qui ont exigé une diète sévère, l'abus des plaisir de l'umour, les fièvres intermittentes de longue durée, les névralgies rebelles,..... un refroidissement général du corps, la suppression d'un flux habituel, de quelques exanthèmes, de la sueur des pieds, une maladie de la moelle épinière, un inflammation simple ou calculeuse des reins, la grossesse, la morsure du serpent dipsas, la présence d'un insecte dans les voies urinaires, la contegion. »

Parmi ces causes, il en est plusieurs qui ne méritent même pas d'être discutées; et quant aux autres, tout ce qu'on en peut dire, c'est qu'elles auraient besoin, pour être admises, de la sanction de l'expérience. Il faut seulement faire un réserve pour le refroidissement et la suppression de la transpiration; mais per renvoie l'étude de cette cause au paragraphe suivant, consacré aux conditions organiques, parce que la suppression de la transpiration est, dans certaines thére ries qui demandent à être discutées, regardée comme le point de départ nécessair ou du moins le plus ordinaire de la maladie.

3° Conditions organiques.

Il est facile de voir, en parcoutant les auteurs qui ont écrit sur la glucosure jusqu'à ces dernières années, que les idées qu'on se faisait sur la cause prochaine, ou plutôt sur la cause organique de cette maladie, étaient, dans l'esprit même de ceux qui les soutenaient, pleines de vague et d'incertitude. M. Bouchardat (1 è premier a présenté une théorie appuyée sur des expériences chimiques et sur de faits intéressants, et plus récemment M. Mialhe, étudiant les transformations de certains aliments par suite de l'insalivation et l'action du sang sur la matière sucré absorbée, en a présenté une nouvelle très satisfaisante pour l'esprit. Ce sont ces deux théories qui m'occuperont particullèrement ici, et je me bornerai, avant de les exposer, à énumérer les explications les plus importantes données par les autre auteurs.

Dire, avec Cullen, que la maladie est due à une aberration des forces assimilitrices, c'est constater un fait sans jeter beaucoup de lumière sur la question. Rollo
admettait la suroxygénation des humeurs animales, ce qui doit être vrai d'après
la théorie de M. Mialhe, comme on le verra plus loin; mais quelle est la cause de
cette suroxygénation? C'est ce que Rollo ne nous apprend nullement. Ce médecia
admettait, du reste, que le siége primitif de la maladie est dans les voies digestion,
ce qui rapproche cette manière de voir de celle qui a été un instant soutenue pur
M. Dezeimeris (2). Ce dernier regardait la maladie comme due à une irritation,
des reins, suite d'une gastrite chronique. Cette opinion a dû être abandonnée es
présence des faits cliniques.

⁽¹⁾ Monogr. du diab. sucré (Annuaire de thérapeutique, etc.; Paris, 1844). — Voy. and m résumé de tous les travaux de cet autour dans le Bulletin de l'Académie de médecine, 31 mars 1851. t. XV, p. 538.

⁽²⁾ Méin. de la Soc. méd. d'émul., t. 1X.

Nous trouverons dans l'étude des symptômes la dépravation de la transpiration cutanée admise par les docteurs Richter, Clarke et Marsh; mais ce n'est là qu'un point de départ de la maladie, et il reste à expliquer comment une dépravation quelconque de la transpiration cutanée peut déterminer la présence du sucre dans les urines, caractère essentiel de la glucosurie.

Lorsqu'on regardait la diminution notable ou la disparition de l'urée comme un phénomène propre à la maladie qui nous occupe, on pouvait croire à un travail particulier qui se passait dans l'organisme et qui transformait l'urée en sucre, d'autant plus que Prout avait montré l'analogie de composition de l'urée et du sucre; mais, comme le fait observer M. Bouchardat, « cette spéculation n'est plus qu'ingénieuse, depuis qu'on a trouvé que les diabétiques rendaient au moins autant d'urée que les personnes en santé. »

Restent encore quelques autres théories, mais d'une si faible valeur, qu'elles ne méritent pas d'être mentionnées; passons à celle qui a été donnée par M. Bou-chardat.

Théorie de M. Bouchardat. Déjà M. Mac-Grégor (1) avait prouvé par des expériences que le sucre se trouve tout formé dans l'estomac, lorsque M. Bourchardat exposa ses idées, que le résumé suivant, présenté par M. Contour, sera suffisamment connaître. « Cet habile chimiste, qui, très probablement, ne connaissait pas, dit M. Contour, les idées que nous venons de rappeler (celles de Mac-Grégor et de Rollo), dit d'une manière bien positive que les aliments féculents seuls sont transformés en sucre, et que l'agent de cette transformation est un principe existant dans l'économie des diabétiques, qui aurait sur l'amidon une action toute semblable à celle de la diastase. Les acides ne sauraient jouer le rôle de ce principe, parce que, dit-il, il a vérifié depuis longtemps que les acides, ou minéraux ou orgauiques, n'auraient aucune influence pour transformer la fécule en sucre, à la température où la digestion s'effectue. Pour appuyer sa théorie, M. Bouchardat affirme avoir constamment observé que, chez tous les diabétiques, la quantité de sucre contenue dans l'urine était toujours en raison directe de la quantité de pain ou d'aliments féculents ou sucrés; que la quantité de sucre diminuait quand on venait à diminuer la quantité des aliments sucrés ou féculents; et qu'enfin elle disparaissait si l'on cessait complétement l'usage de ces aliments. • La soif ellemême, dont sont tourmentés les malades diabétiques, trouve, dit M. Bouchardat, une explication tout à fait satisfaisante dans les faits que nous connaissons sur l'action de la diastase sur l'amidon. Pour que la transformation de l'amidon en sucre soit complète, il faut que la fécule soit dissoute dans sept fois environ son poids d'eau. Eh bien, un phénomène semblable s'observe chez les diabétiques: pour que la transformation de l'amidon en sucre, qui est une nécessité forcée de leur état, puisse s'effectuer, il leur faut sept parties d'eau; et, tant qu'ils ne l'ont pas ingérée, ils sont tourmentés d'une soif à laquelle ils ne peuvent pas résister. »

» Mais, ajoute M. Contour, ce principe analogue à la diastase, qui ne serait qu'une modification de l'albumine, n'a jamais été, que je sache, matériellement démontré, et, pour en admettre la présence, M. Bouchardat est forcé d'avoir recours à une hypothèse qui ne nous paraît malheureusement pas probable. Peur lui,

⁽¹⁾ Gas. méd. de Londres, 13 et 29 mai 1837.

le point de départ de la maladie serait dans l'interruption brusque de la sécretion acide de la peau; par suite de cette suppression, la sécrétion alcaline des glades intestinales serait remplacée par une sécrétion acide, et l'observation lui a montre que « partout où les acides organiques existent en proportion notable, on rencontre à côté cette modification de l'albumine, qui agit en transformant la sécule en sucre. Voilà ce qui s'observe dans la maturation de tous les fruits; la même coincident doit se présenter dans l'économie diabétique. « S'il en était ainsi, observe àl. Contour en terminant, comment expliquer la maladie dans les cas rares, il est via mais cependant bien observés, où les fonctions de la peau n'ont offert aucus altération? Pourquoi la maladie ne disparaît-elle pas lorsque la sécrétion acide de la peau reparaît, soit spontanément, soit sollicitée par des moyens thérapetiques? »

Théorie de M. Mialhe (1). Tel était l'état de la question lorsque M. Mialhe s'n est occupé. On voit que dans toutes les théories précédentes, on admettait : 1° que si, par une cause quelconque, et dans tout état de santé, du sucre arrivait tout form dans le sang, il devait être rejeté en nature par les urines; 2º que les diabétique seuls transformaient certains aliments en sucre, d'où résultait l'état particulier & leurs urines. M. Mialhe, par des expériences dont le résultat est incontestable, démontré d'abord que la diastase existe à l'état normal dans la salive, et MM. Bochardat et Sandras l'ont retrouvée depuis dans le produit sécrétoire du pancrés. D'où il suit que tout individu qui insalive les aliments amylacés doit les consur en glucose. Or c'est ce dont on s'assure non seulement par une expérience rigureuse, c'est-à-dire en faisant macérer de l'amidon dans la salive et en étudiant osuite le produit, mais encore par une expérience bien simple, qui n'a pas, il c' vrai, la rigueur d'une analyse chimique, mais qu'il faut faire commaître, par qu'elle est instantanément à la portée de tout le monde. Si l'on mâche un paazyme, on sent bientôt, sous l'influence de l'insalivation, se développer un got sucré très manifeste qui annonce la transformation de l'amidon en matière » crée. Cette transformation n'est donc pas douteuse chez les sujets sains aussi bies que chez les diabétiques, et, chose remarquable, on est forcé de reconnaître que la saccharification des aliments féculents est plus facile et plus prompte ches b premiers que chez les derniers, car les diabétiques ayant très peu de salive, w grande partie des matières féculentes doit échapper à l'action de ce liquide.

Je pourrais ici faire remarquer que cette transformation est nécessaire.

autrement les matières féculentes cesseraient d'être alimentaires, puisqu'elle sont pas absorbables, et ne le deviennent qu'après avoir subi l'action de la dissus: mais il suffit pour nous que le fait soit expérimentalement constaté de maniere ne laisser aucun doute.

Vollà donc un premier sait d'une importance capitale: c'est que, chez tous sujets sans exception, la saccharification des matières féculentes se sait sous l'instituence de lu diastase qui existe à l'état normal dans le liquide sécrété par l'inglandes salivaires et pancréatiques. Mais, s'il en est ainsi, pourquoi les sujets diabétiques rendent-ils par les urines le sucre absorbé à la surface des voies digentives, tandis que rien de semblable n'a lieu à l'état sain? La réponse à cette que

⁽¹⁾ Comples rendus de l'Acad. des sciences, 1844 et 1845.

tion exige quelques détails. Le sang, où viennent nécessairement se rendre les substances absorbées, est très alcalin à l'état normal; or, si l'on met en contact du sucre de fécule avec un liquide très alcalin, ce sucre subit nécessairement un changement d'état, comme on peut s'en assurer par l'expérience suivante. Mélangez une certaine quantité de ce sucre avec un liquide peu alcalin, neutre ou légèrement acide, ajoutez du deutoxyde de cuivre, chauffez, vous n'obtenez aucun résultat ou un résultat très faible; faites ensuite entrer dans le mélange un alcali, un fragment de potasse caustique, par exemple, et aussitôt le liquide prend une teinte d'un jaune rougeâtre, qui annonce que le deutoxyde de cuivre a été réduit à l'état de protoxyde. Cet effet ne peut évidemment s'expliquer que par un changement survenu dans la matière sucrée qui, sous l'influence de l'alcali, a acquis un pouvoir désoxygénant manifeste. Le même effet est obtenu à l'aide des alcalis carbonatés, et le pouvoir désoxygénant du glucose transformé se fait sentir aussi bien sur d'autres corps très oxygénés, comme le peroxyde de plomb qu'il réduit en protoxyde, et les sels de peroxyde de fer qu'il réduit en sels de protoxyde, etc.

Cela posé, il est facile d'expliquer la présence du sucre dans l'urine des diabétiques, et son absence chez les hommes sains. Chez ces derniers, l'alcalinité naturelle du sang suffit pour la transformation de la matière sucrée, qui en cet état, doit avoir un rôle important dans le grand acte de la nutrition, quoiqu'il nous soit impossible de dire d'une manière précise quel est ce rôle. Mais chez les diabétiques le sang est trop peu alcalin ; la transformation du glucose en matière désoxygénante ne peut donc pas avoir lieu; le sucre devient un corps étranger dans l'économie, et, comme tel, est rejeté par les glandes rénales. M. Mialhe a voulu appuyer ces faits par des expériences sur les végétaux, et ces expériences, il les a empruntées à M. Frémy (1). On sait que dans les végétaux la fécule est, sous l'influence de la diastase, transformée en sucre qui, porté par la séve, va se rendre dans diverses parties et principalement dans les fruits; or la séve est neutre ou acide, et le sucre n'y est pas dénaturé; mais si, à l'exemple de M. Frémy, on fait absorber aux végétaux des substances alcalines, et si par là on rend la séve alcaline elle-même, la réaction a lieu, le sucre de fécule subit la modification indiquée plus haut, les fruits ne sont plus sucrés. Ce second fait, c'est-à-dire la transformation du sucre par le sang alcalin à l'état normal, et sa non-transformation par le sang trop peu alcalin des diabétiques, est non moins important que le précédent qu'il vient compléter.

Il est une objection qu'il faut prévenir d'avance. Le sang est quelquesois plus sortement alcalin chez les diabétiques, soit que la maladie n'ait pas atteint son summum, soit que, sous l'influence d'une certaine médication, l'alcalinisation ait lieu; mais, même en pareil cas, je le répéte, le degré d'alcalinité de ce liquide n'est pas suffissant, ou, en d'autres termes, la quantité d'alcali nécessaire pour décomposer tout le sucre absorbé ne s'y trouve pas. Supposons, par exemple, qu'il faille atome pour atome; si la quantité de sucre est à la quantité d'alcali comme 4 est à 2, il est évident que la moitié du sucre absorbé ne sera pas transformée et passera dans les urines. Cela explique les divers degrés de la glucosurie.

Maintenant quelle est la cause qui rend trop peu alcalin le sang des sujets

⁽¹⁾ Comples rendus de l'Acad. des sciences, oct. 1844, p. 784.

Mous avons déjà vu M. Bouchardat signaler la suppression de la sécrétion acidde la peau; c'est également à cette suppression que M. Mialhe a principalement recours pour expliquer l'état du sang. L'acide qui ne s'échappe pas par la transpiration reste, en effet, dans ce liquide et neutralise en partie ses alcalis. Censuppression de la transpiration est donc bien importante à étudier, comme je le disais plus haut.

Mais nous avons vu l'objection adressée par M. Contour à M. Bouchardat sur l'existence de cette cause, et cette objection se représente ici. On a cité des faite dans lesquels la sécrétion de la peau a été normale, et d'autres dans lesquels, apre avoir été suspendue, elle s'est rétablie sans que le sucre ait disparu des urines. D'un autre côté, les observations n'ont généralement pas pu être faites avec assez de son pour qu'on puisse dire d'une manière formelle si la suppression de la transpiration a préexisté à l'apparition du sucre dans les urines, ou si, au contraire, celle-ci a ce lieu la première. Il y a donc nécessairement une autre cause qui, si non dant tous les cas, du moins dans un certain nombre, rend le sang trop peu alcalia Cette cause, M. Mialhe la trouve dans l'abus des acides pris principalement son forme de boisson, et à ce sujet il m'a cité un cas des plus remarquables. Le boissons acides avaient été prises pendant plusieurs mois comme rafraichinsantes, ou plutôt comme débilitantes, et le malade ayant persisté malgré le début de la giscosurie, le mal avait fait les plus grands progrès.

Ainsi nous trouvons dans l'étude des causes un nouveau motif d'admettre cent théorie. Peut-être dira-t-on que la recherche de ces causes n'a pas porté sur un nombre suffisant de faits; je ne prétendrai pas le contraire, mais tout porte à crairque les faits nouveaux, s'ils sont bien observés, viendront confirmer ce que quelques observations nous apprennent, et n'en fût-il même pas ainsi, ce que l'en peut à peine supposer, la théorie de M. Mialhe n'en serait pas ébranlée, elle restrait toujours la plus satisfaisante et la plus complète. Il faudrait rechercher seulement quel est, dans certaines circonstances, la cause réelle de l'état du sang; mais la transformation de la fécule en matière sucrée par la diastase, et le défaut d'action du sang trop peu alcalin sur cette matière sucrée, n'en seraient pas mains tres admissibles; or ce sont là les points fondamentaux de cette théorie si ingénieusement trouvée et si bien établie sur des expériences positives.

M. Capezzuoli (1) n'accepte pas néanmoins cette théorie, se sondant en cela sur des observations qui lui sont prepres. Je n'ai pas pu malheureusement consulter le mémoire de cet auteur; mais si l'on examine les conclusions indiquées dans le dournal des connaissances médicales, on ne voit nullement ce qu'il peut y avoir, dans les faits cités par M. Capezzuoli, de contraire à la manière de voir de M. Mialhe. Chez les sujets observés par l'auteur italien, le sang avait sa quantue normale de fibrine, et les principes solides du sérum étaient au-demus du chiffre normal. En quoi cela renverse-t-il la théorie précédente?

Nous aurons d'ailleurs, en parlant du traitement, à citer des faits qui visnaent confirmer l'exactitude des résultats signalés par M. Mialhe, et es sere la une nouvelle preuve d'une grande valeur pour nous, qui, en définitive, demandes tou-

⁽¹⁾ Gazette de Toscane, et Journal des conn. médicules, novembre 1848.

jours à la pratique la confirmation des idées théoriques. Mais ce serait anticiper que d'entrer ici dans de plus grands détails à ce sujet.

M. le docteur Cl. Bernard (1) a fait des recherches qui semblent tendre à modifier la théorie du diabète. Il en résulte, en effet, que du sucre se forme dans le foie des animaux, quelque nourriture qu'on leur donne, et que l'on ne retrouve plus ce sucre dans le sang après son passage à travers les poumons. Le sucre des diabétiques est-il dû à une lésion des poumons qui ne leur permet plus d'en débarrasser le sang qui a traversé le foie? Est-il dû à une formation surabondante de cette matière dans le foie sous l'influence d'une perturbation nerveuse? Le sucre normal fourni dans le foie, en dehors des influences alimentaires, et le sucre anormal des diabétiques ont-ils deux origines différentes? ce sont là autant de questions qui ne sont pas encere complétement résolues.

Plus récemment encore, M. Cl. Bernard a fait une découverte qui démontre mieux encore que les faits précédents, la part de l'influence nerveuse dans la production du diabète sucré. Il a produit, chez des lapins, un véritable diabète sucré, en blessant avec un instrument piquant une certaine partie du quatrième ventricule du cerveau, entre les éminences olivaires. On pratique cette piqure chez un lapin, en pénétrant par l'orifice inférieur du ventricule, et bientôt après, l'urine de l'animal, qui avant cette opération était trouble, alcaline et dépourvue de matière sucrée, devient claire, acide, et contient une très grande quantité de sucre. Ces expériences ont été répétées, jusqu'à présent, sur seize lapins, et M. Cl. Bernard, en les variant, a reconnu que le point du quatrième ventricule qu'il fallait blesser, pour opérer ce singulier phénomène, était très limité, et correspondait à un eapace situé un peu au-dessus de l'origine des nerfs de la huitième paire. Ce sont là des faits qui parlent en faveur de la perturbation nerveuse.

§ III. — Symptômes.

Quoique la manière, toujours un peu superficielle dont on a étudié les symptômes de la glucosurie, autres que ceux qui sont sournis par l'état des urines, laisse encore à saire à l'observation exacte et rigoureuse, on peut dire que cette maladie a été l'objet d'un examen plus attentis que la plupart des autres. Aussi la description que nous en ont donnée les auteurs a-t-elle un très grand intérêt, et nous permettra-t-elle d'entrer dans des détails très importants.

Début. J'emprunte à M. Contour (2) l'exposition suivante des signes du début, parce qu'il a étudié, sous ce point de vue, les observations avec assez de soin.

Si, dit-il, on en croit quelques auteurs, le diabète débuterait toujours par des symptômes précurseurs, qui, à cause de leur peu d'intensité, ont pu bien des fois échapper à l'attention des observateurs; suivant d'autres, au contraire, la maladie se montrerait brusquement par quelque symptôme important. Il y a, je crois, de l'exagération de part et d'autre, et il est plus vrai de dire que tantôt le diabète se manifeste d'une manière instantanée au milieu d'une santé florissante, et que tantôt son apparition est précédée de quelques signes avant-coureurs.

" On observe, en effet, quelquesois un certain malaise général, quelques treu-

⁽¹⁾ Séances de l'Ac. des ec., 2 avril 1849.

⁽²⁾ Loc. cl., p. 15.

bles dans les fonctions digestives, tels que des rapports nidoreux; un goût aigre à bouche; un peu de pesanteur, ou bien même une véritable douleur dans la régre épigastrique; une sécheresse de la bouche et de la gorge, due à un défaut de sécretion de la salive, qui est blanche et écumeuse; quelques symptômes nerveux qui traduisent du côté de la tête par de la céphalalgie, ou bien du côté des membre par des douleurs ou des crampes qui frappent principalement les muscles de mollets. D'autres fois, au lieu de ces troubles de digestion dont je viens de parler, o voit apparaître, comme dans le cas du capitaine Meredith, cité par Rollo, un augmentation de l'appétit. Loin de regarder cette saim comme dangereuse, le un lade croit, au contraire, qu'elle est une preuve de santé; mais bientôt surviend d'autres signes qui ne permettent plus de rester dans cette sausse sécurité.

Il est facile de voir par là que les signes du début n'ont pas été recherchés ar tout le soin nécessaire. Quels sont réellement les premiers symptômes, que la mitadie se produise brusquement ou non? C'est ce qu'on ne peut savoir d'une us nière positive; et cependant ce que j'ai dit plus haut, à propos de la suppressie de la transpiration, prouve suffisamment le parti qu'on pourrait tirer d'une étable du début faite avec toute la rigueur nécessaire. Cette étude est, il est vrai, dis cile, parce que, comme l'ont fait remarquer la plupart des auteurs, les malais peuvent être déjà atteints de glucosurie sans s'en apercevoir entièrement, et ne » présenter au médecin qu'à l'occasion de symptômes aggravés qui leur paraiva seuls marquer le début d'une véritable maladie. De plus, la présence du sucre de l'urine, caractère essentiel de l'affection, n'altère pas suffisamment l'apparence è ce liquide, pour qu'on puisse facilement la constater par la simple inspection, srtout quand on est étranger à l'art. Mais, après avoir sait la part de ces dissicules je crois qu'un interrogatoire méthodique, une grande attention, et enfin l'analise exacte des faits, pourraient jeter de grandes lumières sur ce début, dont l'impotance ne saurait être niée. Signalons donc ce sujet de recherches à l'attention de observateurs.

Symptômes. Pendant une grande partie du cours de la maladie, on ne constat ordinairement l'existence d'aucune douleur locale, soit spontanément, soit à a pression, soit au moment de l'émission des urines. Mais à une époque avancée. « observe souvent des douleurs dans la région lombaire ou au col de la vessie, « accompagnent ordinairement l'émission des urines, et qui se prolongent dans le canal de l'urêtre. Cette douleur ne paraît devoir être attribuée qu'à la grande abre dance de la sécrétion urinaire et au passage continuel du liquide dans les condents d'en ai vu récemment un exemple remarquable. Il y avait même dans ce cas, de servé chez une femme, un goussement considérable du canal de l'urêtre et de parties environnantes. La pression dans la région rénale ne sournit aucun signévident, même à cette époque.

L'émission de l'urine est nécessairement très fréquente; on a observé qu'elle l'est plus la nuit que le jour, et le besoin continuel d'uriner prive les malades d'une grande partie de leur sommeil.

La quantité de l'urine rendue est presque toujours considérable. Suivant M. Rouchardat, le terme moyen de cette quantité est de cinq à huit kilogramme: mais elle peut atteindre un chissre beaucoup plus élevé, puisque ce médecia a 12 des sujets rendre jusqu'à quatorze, quinze et même seize kilogrammes d'urine par

jour, et que d'autres observateurs parmi lesquels il faut citer Morgagni, P. Frank, Baumes, Fonseca, ont vu la quantité de ce liquide s'élever jusqu'à vingt, vingtcinq, quatre-vingts et même cent kilogrammes dans les vingt-quatre heures. Mais ainsi que le fait observer M. Contour, est-il bien certain que dans les cas où la quantité de l'urine était si énorme, on eût affaire à de véritables glucosuries? L'ignorance dans laquelle on était du caractère essentiel de cette affection n'a pas permis aux auteurs de mettre le fait hors de doute. Les chiffres donnés par M. Bouchardat, et qui se rapprochent de ceux de M. Martin-Solon, sont ceux qu'on constate ordinairement. « L'abondance de l'urine, dit M. Contour (p. 23), est loin d'être toujours la même à toutes les époques de la maladie. Ainsi, au début, elle n'offre d'abord rien de remarquable, mais bientôt elle augmente progressivement, pour arriver à son summum, alors que le diabète atteint lui-même son plus haut degré d'intensité. Plus tard, soit que la maladie s'amende, ou marche vers une terminaison heureuse, soit au contraire, que la mort doive survenir, on voit les urines diminuer sensiblement. Il ne faudrait pas toutefois attacher une plus grande importance qu'elle ne le mérite à cette supersécrétion urinaire ; le diabète peut exister alors même que les urines n'excèdent pas la quantité qu'on observe dans l'état de santé. » Quelques faits rapportés par plusieurs auteurs, et entre autres par les docteurs Watt, Prout, Copland et Bouchardat, prouvent l'exactitude à l'appui de cette assertion.

On n'est pas complétement d'accord sur le rapport qui existe entre la quantité des urines et celle des boissons ingérées. MM. Bell (1) et Bouchardat (loc. cit.) pensent qu'on a en tort de dire que la quantité des urines est plus considérable que celle des boissons, et que c'est plutôt le contraire qui a lieu. Mais, sans parler des nombreux observateurs qui ont constaté l'abondance plus grande des urines, je dirai qu'il résulte des notes prises jour par jour par M. Contour, que presque constamment cette abondance a été supérieure à celle des boissons, et que parfois elle l'a dépassée d'une manière extraordinaire. Quelquefois cependant les faits se présentent à l'observation tels qu'ils ont été signalés par MM. Bell et Bouchardat; mais ces faits sont en très faible minorité. Les expériences faites par Dupuytren et M. Thenard et par M. Bardsley (2) viennent confirmer l'opinion contraire à celle de ces deux médecins, et qui est l'opinion générale. N'oublions pas, du reste, que les choses peuvent varier d'un jour à l'autre, surtout sous l'influence des divers traitements.

L'urine, immédiatement après son émission, est transparente, moins soncée qu'à l'état normal, parsois presque incolore, plus ordinairement colorée en jaune-paille ou légèrement verdâtre. Bardsley a constaté que, contrairement à une assertion qui avait été émise, sa température n'est pas insérieure à celle qu'elle présente à l'état normal. « Si on l'examine un peu plus tard, quand il y a déjà quelque temps qu'elle est excrétée, elle a, dit M. Contour (p. 27), perdu ordinairement sa transparence, elle est blanchâtre, ressemblant à du petit-lait clarisié, ou bien, comme le dit Cullen, à une dissolution de miel dans une grande quantité d'eau. »

« Le plus souvent inodore, continue cet auteur (auquel je crois devoir emprunter

⁽¹⁾ Dict. des étud. méd. prat., art. DIARÈTE.

⁽³⁾ Medic. reports, 1807.

tous ces détails, parce qu'ils sont très bien présentés et nous mettent parsaitement au courant de la science), ou tellement peu odorante qu'elle impressionne à peine les ners olsactifs, l'urine diabétique oss quelquesois une odeur qui n'est pas toujours la même; nous lui avons plusieurs sois trouyé une odeur aromatique, d'autres ont cru reconnaître l'odeur de la violette.

- » Sa saveur est douce et sucrée dans l'immense majorité des cas; cependant l'arine peut être insipide ou avoir la saveur du sel marin. » De ce que l'urine presente cette dernière saveur, il n'en faudrait pas conclure qu'elle ne contient pas de sucre; on a cité, en effet, des exemples du contraire, et M. Contour en rappelle un qui est dû à M. Martin-Solon. Nous verrons plus tard, en recherchant si l'or doit admettre, avec Dupuytren et M. Thenard, l'existence du sucre insipide, à quelle cause il faut attribuer cette absence de saveur sucrée.
- « Malgré sa grande quantité, continue l'auteur que je cite, l'urine diabétique : toujours une pesanteur spécifique de beaucoup supérieure à celle qu'on observe dans l'état de santé. C'est le docteur Henry, de Manchester, qui le premier décovrit ce caractère si important, qu'il peut servir à faire reconnaître tout de suite à maladie; et M. Bouchardat a parfaitement raison de dire qu'en général, toux urine d'une couleur pâle, et dont la densité est supérieure à 1040, est une urise diabétique. Suivant M. Bell, cette pesanteur spécifique varie de 1025 à 1060. M. Bouchardat, dans ses nombreuses expériences, l'a vue varier de 1020 à 1073 à la température de 12 degrés cent.; Robert Willis donne pour chissres extrêmes 102' et 1055. J'ai actuellement sous les yeux un grand tableau synoptique du poid spécifique d'urines de diabétiques recueillies dans le service de M. Martin-Solon et je trauve 1027 pour le chiffre inférieur et 1049 pour le chiffre supérieur. O dit généralement que la pesanteur spécifique de l'urine des diabétiques est en rapport direct avec la quantité de sucre que cette urine contient; cependant, dans le tableau synoptique dont je viens de parler, et où les quantités de sucre sont cosgnées avec soin en regard du poids spécifique, je vois que l'urine du matin per plus que l'urine de la journée, bien qu'elle contienne moins de sucre.
- » Abandonnée à elle-même, l'urine diabétique, après quelques jours de repos à une température modérée, acquiert une odeur aigre, vineuse, on mieux encre de lait tourné; au lieu d'être ammoniacale, comme le serait très certainemes l'urine ordinaire, elle est au contraire très acide, et doit cette propriété à la présence de l'acide carbonique produit par la fermentation; cette fermentation s'obtient d'ailleurs avec la plus grande facilité par l'addition d'un peu de levure de bière. Si dans cet état on l'examine au microscope, on aperçoit de petits corpecules blancs, que M. Quevenne (1) a décrits comme étant de véritables globie de ferment semblables à ceux observés déjà dans la levure de bière par M. Cagniard-Latour. Enfin l'urine, dans la glucosurie, dévie à droite la lumière polariée; suffit de signaler ici cette propriété qui a servi, à l'aide de l'appareil invente par M. Biot, à constater la quantité de sucre dans un assez grand nombre d'observations.

Le caractère principal de l'urine est, comme je l'ai dit plusieurs sois, de connir une certaine quantité de matière sucrée. La quantité de cette matière est u-

⁽¹⁾ Journal l'Expérience, t. 1er, p. 405.

riable, suivant les sujets et aux diverses époques de la maladie; ainsi on voit des cas où, à certaines époques, on en trouve un trentième du poids des urines, tandis qu'il est ordinaire d'en trouver jusqu'à un septième. Cette quantité va en augmentant jusqu'à ce que la glucosurie ait atteint son summum d'intensité; ensuite elle diminue, quelle que soit la terminaison de la maladie. Ce n'est pas d'une manière continue qu'ont lieu cette diminution et cette augmentation; il survient, en esset, dans le cours de l'affection, des rémissions plus ou moins notables, pendant lesquelles la quantité de sucre diminue, et le même esset, ou an contraire une augmentation plus ou moins considérable peut avoir lieu sous l'insluence de certaines boissons et surtout de certains aliments, comme les aliments séculents.

Il existe plusieurs procédés pour constater la présence du sucre dans les urines; j'exposerai d'abord en détail celui de M. Fromhertz (1), parce qu'il est celui qui est mis en usage par tous les praticiens, et que, bien qu'il ne fasse pas reconnaître la quantité du sucre d'une manière aussi exacte que certains autres, il en donne néanmoins une idée suffisante. J'indiquerai ensuite la manière d'agir de M. Mialhe et quelques autres procédés ingénieux.

Procédé de M. Fromhertz. Voici comment l'expérience est pratiquée par M. Contour, qui a fréquemment mis en usage ce procédé dans le service de M. Martin-Solon. « Dans un petit tube de verre, dit-il, on ajoute d'abord une très faible proportion de potasse caustique solide, puis un fragment de deuto-sulfate de cuivre; on chausse très légèrement ce mélange à la lampe à l'esprit-de-viu, et aussitôt, si l'urine contient du sucre de diabétique, on observe une réduction de protoxyde de cuivre, qui se montre sous la forme d'un précipité jaune rougeâtre très manifesté. Si, au contraire, l'urine ne contient pas de sucre, au lieu d'une réduction d'un jaune rougeâtre, on obtient un précipité noir. La réduction de protoxyde de cuivre a lieu également à froid, mais elle se fait attendre quelque temps; c'est pour cela qu'il est présérable d'élever un peu la température du mélange, »

Plusieurs sois ce procédé a échoué entre les mains des praticiens, pour un motif qu'il importe beaucoup de signaler ici. M. Contour recommande d'ajouter une très saible proportion de potasse caustique, et il peut se saire que cette proportion soit tout à sait insuffisante; c'est, au contraire, un excès d'alcali qu'il saut mettre, et l'on doit d'autant plus le recommander, qu'on n'a nullement à craindre de dépasser le but. Employé ainsi, le procédé est insaillible. On trouve sacilement l'explication de tous ces saits, en se rappelant la théorie de M. Mialhe, dont l'expérience que je viens de saire connaître est à son tour une confirmation.

Procédé de M. Mialhe. Il sussit d'introduire dans l'urine, rensermée dans un tube, un excès de potasse caustique, et de chausser à la slamme d'une lampe à l'alcool. Dès que le liquide entre en ébullition, il prend une couleur brune rougeâtre que ne présentent aucune des autres urines soumises à la même expérience. Cette coloration est extrêmement tranchée, et en rapport avec la quantité de sucre contenu dans l'urine. On voit par là combien le procédé devient plus simple; et si l'on a soin de mettre dans le liquide un excès d'alcali, il est, je le répète, insaillible. Si l'on veut ensuite pousser l'expérience plus loin, on n'a qu'à ajouter le deuto-sulfate de cuivre, dont la réduction s'opère ainsi que nous l'avons dit plus haut.

⁽¹⁾ Annalen der Chem. und Pharm., t. VII.

Procédé de M. le docteur Maumené (1). Ce médecin a trouvé un nouveau moyes de reconnaître la présence du sucre dans l'urine. Voici comment il faut procéder:

Prenez une bande de mérinos blanc; plongez-la pendant quatre ou cinq minutes dans une solution aqueuse de bichlorure d'étain; saites égoutter, séchez au baismarie le mérinos sur une bande de la même étosse; coupez-le en bandelettes de sept à dix centimètres de long sur deux ou trois de large.

Il sussit ensuite de verser une goutte d'urine sur une des bandelettes ainsi préparées et de l'exposer au-dessus d'un charbon rouge, de la slamme d'une lampe œ d'une bougie, pour produire, s'il y a du sucre dans l'urine, une tache noire très visible.

L'urine non sucrée, l'urée, l'acide urique ne produisent rien de semblable.

La sensibilité du réactif est telle, dit M. Maumené, que dix gouttes d'une une diabétique, versées dans cent centimètres cubes d'eau, forment une liqueur me laquelle on rend le mérinos chloruré complétement brun noir.

L'évaporation et la cristallisation employées par MM. Peligot et Bouchards constituent un bou moyen, mais qui demande beaucoup de temps; il en ex de même de la fermentation.

M. le docteur Brzeszinski (2) sépare le sucre de l'urine des diabétiques de manière suivante. Il renferma l'urine d'un diabétique dans un vase de la même regile que les creusets. Au bout de quatre jours, on vit à l'extérieur du vase un commencement de transpiration, et vers le huitième la surface externe se courre d'une incrustation jaunâtre, qui se laissa détacher avec un couteau, sous forme d'écailles d'œufs. M. Brzeszinski en ramassa en une seule fois plus de 60 grammes et le goût prouva que c'était du sucre.

On ne peut pas, évidemment, s'attendre à obtenir, par ce procédé, un réside d'une grande précision; mais ce moyen étant à la portée de touş les praticiens. A ne doit pas le négliger.

Quant au procédé de M. Biot, c'est-à-dire à la polarisation (3), il est impossible d'en trouver un à la fois plus prompt, plus exact et plus délicat; mais l'appareis ingénieux de ce célèbre physicien demande un emplacement particulier, et ne per être à la disposition que d'un petit nombre de personnes. Le saccharimetre partatif, inventé par M. Soleil, pourra être mis en usage dans les cas où l'on voudraire partiver à une très grande précision; mais, je le répète, pour la pratique les procéde de MM. Fromhertz et Mialhe sont très suffisants.

Il ne saut pas oublier un fait bien important pour le praticien, parce qu'il le mes sur la voie du diagnostic; c'est l'existence, sur la chemise et les vêtements qui penvent être en contact avec l'urine, de taches blanchatres, d'abord poisseuse, puis sermes et donnant de la consistance au linge, lorsqu'elles se sèchent. Le taches résultent d'un dépôt de sucre. Quelquesois on trouve sur les vêtements de véritables cristaux.

Le sucre trouvé dans les urines des diabétiques est regardé anjourd'hui comme analogue au sucre de fécule, ou au sucre de raisin ou d'amidon, et d'après la thérrie que les saits nous ont sorcés d'admettre, nous devons même le regarder comme

⁽¹⁾ Séances de l'Acad. des sciences, 18 mars 1850.

⁽²⁾ Journ. des conn. med.-chir, 1er février 1848.

⁽³⁾ Instructions pratiques sur l'observation et la mesure des propriétés optiques esprisonatoires; Paris, 1845, in-1.

identique à ces sucres, puisqu'il n'est pas autre chose que ces sucres eux-mêmes passés dans la circulation après avoir été absorbés. Quant au sucre insipide admis par Dupuytren et M. Thenard, M. Bouchardat a démontré qu'il ne différait pas du précédent, mais que sa saveur était seulement masquée par certains sels.

On a cru pendant longtemps que dans le diabète l'urine ne contient pas d'urée; des expériences saites par MM. Chevreul, Mac-Grégor, Keane, Bouchardat, etc., ont prouvé le contraire. Je n'indiquerai pas ici les procédés employés, parce que la détermination de l'urée ne peut plus être aujourd'hui regardée comme utile au praticien. D'après des analyses saites par M. Morin (1), la quantité de l'urée paraîtrait en raison inverse de la quantité du sucre. Mais ce qu'il y a de certain, c'est que cette quantité varie beaucoup chez le même sujet. « Chez les diabétiques, dit M. Bouchardat (2), comme chez les personnes en santé, la proportion d'urée contenue dans l'urine est proportionnelle à la quantité d'aliments azotés qu'ils prennent. Si chez les diabétiques, la proportion relative d'urée est ordinairement très saible, cela provient uniquement de ce que la proportion d'aliments azotés est très saible comparativement à la quantité d'urine rendue. »

On trouve quelquesois une petite quantité d'albumine dans l'urine des diabétiques, mais la présence de cette substance n'a pas l'importance que quelques auteurs ont voulu lui attribuer. L'acide urique n'a pas disparu dans cette assection, comme on l'avait prétendu; les observations de MM. Chevreul, Bell, Bouchardat, Mialhe (3) ont prouvé le contraire; cependant il n'existe souvent qu'en petite quantité, d'où résulte la faible acidité de l'urine diabétique. On a, en outre, dans quelques cas, signalé la présence de l'acide hippurique que M. Bouchardat n'a pas trouvé chez les diabétiques soumis à son observation.

Tels sont les caractères tirés de l'état des urines, état dont les symptômes, que nous allons maintenant passer en revue, sont évidemment la conséquence.

Les fonctions génératrices sont profondément troublées. Les érections n'ont plus lieu; il n'y a plus de désirs vénériens; parfois même, si l'on en croit quelques auteurs, le testicule s'atrophie, et le scrotum devient flasque. Suivant M. Elliotson, cet état s'observe seulement neuf fois sur dix; mais il eût été nécessaire de dire si les malades avaient été interrogés à ce sujet à toutes les époques de leur maladie, car cette altération des fonctions génératrices, qui a été remarquée par tous les observateurs, ne survient que graduellement, et l'on conçoit très bien qu'à une époque rapprochée du début, elle peut être très faible et peu appréciable. Le même auteur a noté que la sécrétion du sperme cessait de se faire. Chez les femmes, on n'a constaté que l'aménorrhée, qui se montre fréquemment; mais encore en a oublié d'indiquer l'époque de la maladie où survient ce symptôme.

Du côté des voies digestives, on observe les phénomènes les plus remarquables. « La bouche, dit M. Contour, qui a donné un bon résumé des observations saites sur ce point par les anteurs, la houche est aride et sèche, comme chez les personnes tourmentées par la sois. La salive est peu abondante, épaisse et écumeuse, presque toujours acide, ce dont il est sacile de s'assurer à l'aide du papier de tournesol. Cependant, quand la maladic approche de sou terme satal, ou bién

⁽¹⁾ Journ. de pharm. et de chim., 1813.

⁽²⁾ Loc. cit., p. 185.

³⁾ Arch. de méd., 2ª série, t. VII. p. 259.

quand les symptômes, par leur disparition toujours incomplète, ont fait place à une rémission passagère, la salive perd cette acidité accidentelle et reprendus càractères ordinaires. « M. Mialhe ajoute plus d'importance encore à cette acidité de la salive. Pour lui, c'est un phénomène constant, et l'état des gencives et des dents, qui sont si fréquemment altérées, en est une conséquence.

M. Martin-Solon, et après lui M. Contour, ont, à l'aide du procédé de M. Fromhertz, constaté dans la salive des diabétiques la présence du socre, indiqué déjà par Rollo et M. Marc-Grégor. « Ainsi, ajoute M. Contour, se trouve explique ce goût fade, doucereux et même sucré dont se plaignent souvent les diabétiques La langue humide, naturelle dans les premiers temps de la maladie, se recourgénéralement plus tard d'un enduit blanc et épais; quelquesois elle est nette « d'un rouge vif, d'autres fois elle est d'un rouge de seu sur ses bords, tandis que son milieu est remarquable par un enduit d'un blanc jaunâtre, et même brun moirâtre. Les gencives s'affectent sréquemment, elles deviennent molles et doubereuses, saignent au moindre contâct, comme dans le scorbut; et alors l'halvim qui d'abord n'était que sade, et à laquelle on a voulu trouver une odeur de sois devient sétide et repoussante; les dents se déchaussent par l'aitération progressiv des gencives, elles se carient, vacillent et tombent. Home cite un cas dans leque un malade en perdit seize en très peu de temps. »

L'augmentation de l'appétit est, ainsi que le fait remarquer M. Boucharde. un des traits les plus caractéristiques de la glucosurie. Il n'est guère d'affection. en esset, où l'on observe, comme dans celle-là, un appétit excessif, vorace. qui devient parfois une véritable boulimie. Cependant ce symptôme n'est pe constant : on l'a vu manquer, mais rarement, et l'on peut dire qu'il n'est prequ aucun sujet qui ne l'ait éprouvé à un degré plus ou moins grand. Cet appe exagéré n'existe ni d'une manière continue ni pendant toute la durée de s maladie; il est capricieux, irrégulier, de telle sorte que pendant plusieurs jours : malade prendra une quantité énorme d'aliments, et épronvera ensuite du dégoi: L'augmentation de l'appétit est, dans la grande majorité des cas, pen seusible * début; elle est surtout remarquable quand l'amaigrissement commence à * montrer. Lorsque la maladie touche au terme fatal, et quand la phthisie pulmour se déclare, cette faim anormale diminue jusqu'à ce que l'appétit revienne à 🗪 état naturel, ou même au-dessous. La quantité d'aliments qu'il faut pour resasier un diabétique est parsois esfrayante. Dupuytren et M. Thenard ont consur que le malade soumis à leur observation ingérait une masse de substance égale at tiers du poids de son corps. Porter, cité par les auteurs du Compendium, a 13 un cas plus extraordinaire encore. M. Bouchardat a observé que la plupart de diabétiques ont un goût prononcé pour le pain et pour les aliments séculents

Malgré la grande quantité d'aliments que prennent les individus attaqués à glucosurie, il est remarquable que jusqu'à une certaine époque les digestions font assez bien. Quelques uns, il est vrai, se plaignent de chaleur, de pesant à l'estomac, de renvois acides, en un mot de symptômes qui annoncent à digestions laborieuses; mais la plupart, au contraire, n'éprouvent pas ces accidents, ou, n'y faisant qu'une médiocre attention, se croient dans un meilleur état de santé qu'auparavant. Lorsque la maladic a fait d'assez grands progrès. In n'en est plus ainsi : on voit apparaître des douleurs épigastriques qui augmentent

notablement lorsque l'estomac est distendu par les aliments; quelquefois les malades les comparent à la sensation que produirait un acide corrosif, ce qui s'explique par le haut degré d'acidité du liquide gastrique. Le vomissement à lieu alors assez fréquemment. Les matières rendues sont abondantes, et composées d'aliments à moitié digérés. M. Mac-Grégor y a découvert, par l'analyse, une certaine quantité de sucre, ce qui ne doit pas nous étonner, puisque, ainsi que nous l'avons vu plus haut, cette matière est directement formée à l'aide de la diastase de la salive et du suc pancréatique.

Dans les premiers temps de la maladie, on observe une constipation marquée; et alors les matières fécales sont quelquesois complétement inodores, ce qui, suivant M. Bouchardat, indique une grande intensité de la maladie.

Plus tard, les selles perdent de leur consistance; elles deviennent grisatres, et ressemblent, suivant l'expression de M. Contour, à une pâte chymeuse. Enfin elles sont liquides et nombreuses; mais cette diarrhée n'est pas continue; et l'on observe généralement des alternatives de dévoiement et de constipation.

Dans les premiers temps, on ne trouve rien de remarquable du côté des voies respiratoires; mais à l'époque où l'affection a pris une grande intensité, les fonctions de la respiration commencent à s'altérer. « On observe, dit M. Contour, une petite toux sèche à laquelle d'abord le malade ne fait pas attention, mais dont les progrès continuels ne laissent pas d'être bientôt inquiétants; et si l'auscultation ne dévoile rien dans la poitrine, elle ne tardera pas à faire reconnaître des tubercules qui, une fols développés, se ramolliront avec une effroyable rapidité. »

L'état de la peau mérite de fixer notre attention; malheureusement on n'a pas pu l'examiner dans les premiers temps de la maladie, ce qui serait néaumoins très important, comme nous l'avons vu en étudiant les théories de MM. Mialhe et Bouchardat. Mais à une époque assez avancée, voici les observations qu'on a faites, et que M. Bouchardat a très bien résumées de la manière suivante:

« La peau subit des altérations remarquables: elle devient extrêmement sèche; raqueuse, écailleuse; dans quelques cas, elle se couvre d'éruptions de différente nature (tichen, impetigo, porrigo, psoriasis). Le plus souvent sa sensibilité diminue au point même que quelquesois elle peut s'effacer complétement. Naumann a pu arracher les poils qui couvrent certaines parties du corps sans que les malades éprouvassent aucune douleur. La transpiration cutanée est complétement ou presque complétement anéantie, quand le diabète offre une grande intensité. Quand, sous l'influence du régime que j'exposerai plus loin, la maladie a diminué d'intensité, les sueurs peuvent reparaître; on les a également remarquées, et quelquesois assez abondantes, lorsque la terminaison satale approche. »

Lattam (1) a avancé que la sueur avait une odeur de foin. Autenrieth prétend avoir observé des cristaux de sucre au périnée; mais, à ce sujet, on ne peut s'empêcher de remarquer, avec M. Contour, qu'on n'est pas autorisé à regarder ce sucre comme un résidu de la sueur, à cause du lieu où on l'a trouvé. A une époque avancée de la maladie, les urines baignent fréquemment les parties génitales et le périnée, où peut se déposer le sucre qu'elles contiennent. Mac-Grégor a isolé le sucre contenu dans la sueur.

⁽¹⁾ Pacts and opinions concerning diabetes.

Lorsque l'affection n'a fait encore que de faibles progrès, on ne remarque aucun changement dans l'état de la circulation; quelques sujets seulement présentent un peu de ralentissement du pouls. Mais, quand les digestions deviennent pénibles, et surtout quand les vomissements surviennent, ces accidents digestifs s'accompagnent de frisson, de chaleur et d'une accélération notable du pouls. Dans les derniers temps, et lorsque des tubercules sont venus joindre leurs symptômes à ceux qui viennent d'être exposés, on observe à la fois la petitesse et l'accélération des pulsations, phénomène qui coïncide avec le dépérissement rapide.

On a trouvé du sucre dans le sang extrait de la veine chez les diabétiques. M. Contour rapporte à M. Ambrosiani la première découverte de cette matière dans ce liquide. Plus tard, les docteurs Maitland, Rees, Mac-Grégor, Guibourt & Bouchardat ont fait la même expérience, et sont arrivés au même résultat. On me peut donc, quoique plusieurs autres chimistes n'aient pas été aussi heureux, nier que le sucre existe en nature dans le sang; et, comme le fait très bien observer M. Bouchardat, si quelques expériences u'ont pas réussi, c'est qu'elles ont été faites trop longtemps après la digestion, et lorsque le sucre absorbé avait déjà été évacué par les urines.

A une époque un peu rapprochée du début, la peau ne présente rien de remarquable sous le rapport de la chaleur; seulement les malades éprouvent une sensition fatigante de chaleur intérieure et une sensibilité plus grande au froid extérieur; quelquesois, ainsi que l'a remarqué M. Contour, ils éprouvent alternativement des sensations de froid et de chaud qui, partant des lombes, viennent aboutir à la région de la vessie. A une époque plus avancée, la sièvre devient continue; on observe une chaleur qui augmente après les repas et le soir, comme dans toutes les sièvres hectiques.

Les phénomènes qu'on a notés du côté de la vision ont fixé l'attention de tous les médecins; mais à ce sujet les opinions ne sont pas uniformes. Généralement on a avancé que la vue est le plus souvent affaiblie à une époque assez avancée du diabète. M. Bouchardat affirme qu'il a souvent vérifié l'exactitude de cette opinion; mais M. Contour ayant interrogé avec soin les organes des sens chez tous les malades soumis à son observation, n'a jamais noté cet affaiblissement de la vue, que, d'un autre côté, M. Mialhe, de qui je tiens ces détails, regarde comme un des symptômes les plus fréquents et les plus remarquables de la glucosurie. Il est impossible, comme on le voit, de se prononcer avant d'avoir de nouveaux faits suffisamment nombreux et exactement analysés. Remarquons toutefois, avec MM. Contour de Bouchardat, qu'on aurait tort, sans de nouvelles preuves, d'attribuer à la malade qui nous occupe certaines lésions des yeux, telles que l'opacité de la curnée, la caturacte, etc., ainsi que l'ont fait quelques anteurs. Il est plus que probable que ces lésions n'existent que par de simples coïncidences.

L'état du nural, qui d'abord ne présentait rien de particulier, ne tarde pas a devenir inquiétant; le malade est triste, soupçonneux, irritable, et il tombe dans une hypochondrie dont les améliorations passagères qu'on obtenait à l'époque ou l'on n'avait pour principal moyen de traitement qu'un régime approprié le tirest difficilement.

On a encore signalé comme un symptôme de la glucosurie la dureté de l'ouie. et même la surdité. M. Contour a observé un cas dans lequel la suppuration de

deux oreilles rendit l'ouïe dissicile pendant toute la durée de l'affection, qui sut d'environ deux mois. Ce symptôme mérite d'être encore étudié; mais, avec les documents que nous avons, il est impossible de se prononcer sur sa valeur réelle.

Lorsque la maladie approche de sa terminaison suneste, les symptômes les plus remarquables sont : le dévoiement, qui rend le dépérissement très rapide ; l'émaciation, la faiblesse extrême, le ramollissement des gencives, la chute des dents, la fétidité de l'haleine, l'infiltration des membres insérieurs, et parsois un épanchement dans le péritoine ; la rougeur du méat urinaire et du prépuce, occasionnée par le passage et le contact presque continuel de l'urine ; la tristesse, l'abattement, le désespoir, des rêves esfrayants ; ensin le malade succombe avec les symptômes de la phthisie pulmonaire arrivée au dernier degré, et dans le marasme le plus complet.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

Il résulte des détails dans lesquels je viens d'entrer que la maladie peut être divisée en trois périodes, qui, sans être complétement distinctes, ne laissent pas de se caractériser par des phénomènes remarquables. Dans la première, nous trouvons l'augmentation de l'appétit, la soif, la constipation, l'abondance des urines, la présence du sucre dans ce produit de la sécrétion rénale, sans que d'autres symptômes 'bien tranchés viennent éclairer le sujet sur sa position. Dans la seconde, on observe le trouble des fonctions digestives (vomissements, etc.), des alternatives de diarrhée et de constipation, l'émaciation plus ou moins rapide, l'affaiblissement de la vue, la suppression de la transpiration, des symptômes d'hypochondrie; et plusieurs des symptômes précédents tels que l'excrétion du sucre par les urines et la soif, augmentent encore. Enfin, dans la troisième, nous voyons souvent un dévoiement continuel, la fièvre, le marasme; et quoique l'abondance des urines diminue, et que même la transpiration cutanée puisse, dans certains cas, se reproduire en partie, le dépérissement fait des progrès tels, que le malade ne tarde pas à succomber après avoir été plongé dans l'abattement et le désespoir.

Si on la considère d'une manière générale, on doit dire que la marche du diabète est lente, continue et progressive. Cependant, comme le régime a une influence marquée sur l'intensité des symptômes, il arrive nécessairement parfois que des améliorations de plus ou moins longue durée, accidentelles ou obtenues par l'art, paraissent venir suspendre cette marche croissante; mais bientôt la maladie reprenant son cours, on voit que ses symptômes sont plus graves, et que ses progrès, quoiqu'un instant masqués, n'en sont pas moins réels. On a vu parfois des affections aiguës, et surtout des exauthèmes fébriles, suspendre momentanément les symptômes de la glucosurie; mais on ne saurait admettre l'existence d'un diabète intermittent, variété qu'on a cru trouver dans quelques faits qui ne sont nullement concluants.

Suivant quelques auteurs, comme Dobton et Osterdyk (1), cités par M. Contour, la durée de la maladie serait parsois de quelques semaines, ou même de quelques jours; mais on a pensé, et très probablement avec raison, que dans les cas rapportés par ces auteurs le début a été sixé beaucoup trop tard, la maladie ayant été

⁽¹⁾ Mem. de la Soc. de Harleim, t. All.

méconnue jusqu'à ce qu'elle ait donné lieu à des symptômes très graves, ou bien qu'une maladie intercurrente soit venue accélérer la terminaison fatale.

On a cité, au contraire, des cas dans lesquels le diabète aurait duré un grant nombre d'années, et même toute la vie, sans altérer notablement la santé. Les observation de Mögling (1) indique un fait de ce genre; et le même auteur che Dodonæus et Fernel comme en ayant rapporté de semblables. Mais, en lisant cent observation, on ne peut s'empêcher d'y reconnaître l'existence d'une simple poly-dépsie qui avait commencé dès l'enfance, comme cela a lieu fréquemment due cette maladie. Un fait plus important sous ce rapport est celui qui a été signapar M. Bassereau à M. Contour, et dans lequel on a constaté fréquemment la présence du sucre dans les urines pendant un espace de plus de trente ans, sans que le malade ait été forcé de suspendre ses occupations habituelles. Le défaut de détails ne nous permet pas de rechercher s'il y a dans ce fait quelque circonstance qui puisse expliquer cette anomalie.

Dans presque tous les cas, la glucosurie est une affection de très longue dur mais les termes de cette durée n'ont pas été fixés d'une manière précise. Ce qu'y a de certain, c'est qu'elle est très différente suivant les périodes de la maladie : la première peut être de plusieurs années; mais les deux autres, et surtout la dennière, sont beaucoup plus courtes, surtout lorsque les tubercules ent envalui le poumons.

Jusqu'à ces derniers temps, on a pu dire que le diabète était une maladie incrable, et c'était là l'opinion des médecins qui, comme Prout et Berndt, ont observé de véritables glucosuries. On a sans doute cité beaucoup de faits dans lesquels on a affirmé que le diabète a été guérl; mais il faut remarquer, avec M. Bell, que le principaux symptômes, et en particulier la présence du sucre dans l'urine, n'or pas été constatés dans ces cas, que les malades n'ont pas été observés pendans assez longtemps, et qu'on a pris, sans aucun doute, une amélioration passagér pour une guérison. Faut-il regarder comme des cas plus concluants de terminaison heureuse ceux qui ont été cités par MM. Bourchardat et Mialhe? c'ex une question sur laquelle j'aurai à revenir à propos du traitement. Je me bornerai à dire ici que ces deux observateurs n'ont pu encore suivre les cas soums à leur traitement pendant un temps très long; que cependant le retour à la santé et la disparition du sucre des urines ont paru si complètes dans quelques us de ces cas, qu'on peut avoir l'espoir d'une guérison radicale, et c'est ce que l'observation ultérieure nous apprendra.

🖔 🔻. — Lésions anatomiques.

Après ce que nous avons dit en exposant la théorie qui, selon nous, doit être admise parce qu'elle est appuyée sur les faits, c'est-à-dire la théorie de M. Mialle on comprend que l'anatomie pathologique de la glucosurie n'a plus l'importance qu'on aurait pu lui supposer, et l'inutilité des efforts faits pour découvrir dans l'état matériel des organes la cause organique de cette maladie n'a plus rien que étonne. Dans cet état de choses, il me suffira d'énumérer rapidement les allérations pathologiques sur lesquelles on a le plus insisté avant ces dernières années.

¹⁾ Éphémérides des curieux de la nature, an XI, obs. 175, p. 274.

On a dû naturellement diriger d'abord son attention sur l'état des reins, et l'on a vu ces organes le plus souvent hypertrophiés, quelquesois au contrairé atrophiés, ordinairement flasques, ramollis, pâles; parsois on les a trouvés congestionnés, et cette congestion est, dans certains cas, la seule altération apparente. On a noté rarement une véritable inflammation des reins. Chez certains sujets on a rencontré dans ces organes quelques points de suppuration. Le peu d'importance de ces lésions dans la grande majorité des cas, et le peu de fréquence des altérations un peu graves signalées par quelques obsérvateurs a dû saire élever des doutes sur leur valeur comthe causes organiques de l'affection avant même qu'on sût comment le sucre se sorme dans l'économie; aujourd'hui il saut nécessairement reconnaître que ces lésions sont secondaires et dues uniquement à l'excès de la sécrétion urinaire déterminé par la maladie déjà existante. On a signalé encore la dilatation et l'épaississement des uretères et de la vessie, ou bien la diminution de capacité de ce dernier organe.

L'hypertrophie, la congestion du foie, ont encore été mentionnées; mais Cullen a constaté l'absence de ces lésions dans vingt autopsies. L'acidité de la bile, indiquée par R. Willis, n'a pas été retrouvée par M. Contour, pas plus que l'acidité des matières intestinales.

Sauf une dilatation de l'estomac et des intestins, due sans aucun doute à la grande quantité d'aliments ingérée pendant un temps assez long, on n'a vu, dans ces organes, rien qui mérite d'être noté, et par là se trouve repoussée l'opinion qui a voulu placer dans l'estomac le siège anatomique de la glucosurie.

On ne doit accorder aucune importance à l'accroissement de volume du grand sympathique indiqué par M. Duncan; et quant au ramollissement, à la tuméfaction des ganglions mésentériques et à l'épanchement péritonéal qu'on observe quelques, ce sont évidemment des lésions secondaires, ainsi que les accumulations de sérosité dans d'autres cavités, les plèvres, par exemple.

La très grande fréquence de la tuberculisation pnlmonaire dans cette maladie a frappé tous les observateurs. Il ne paraît guère douteux que ce ne soit encore la une lésion consécutive; la succession des symptômes le prouve suffisamment. Mais comment concevoir cette complication si remarquable de la glucosurie par une affection pulmonaire qui se produit si souvent dans des conditions tout à fait différentes? Je pourrais donner ici une explication ingénieuse qui m'a été communiquée par M. Mialhe; mais elle est toute théorique, et en attendant qu'on nous présente des faits probants, si la chose est possible, il vaut mieux rester dans le doute.

Enfin, quelques lésions du cœur n'ont aucun rapport avec la maladie qui nous occupe; la séparation du chyle et du sang dans la sous-clavière (Marshall), et jusque dans les veines du cœur (Michaëlis), une accumulation de sérosité dans les membranes encéphalo-rachidiennes, telles sont les altérations que des recherches minutieuses ont pu faire découvrir. M. Capezzoli (loc. cit.) a trouvé du sucre dans le pus d'un abcès, dans la sérosité du péricarde et dans la bile. Les autres expérimentateurs n'ont pas trouvé cette substance dans d'autres liquides que l'urine et le sang, et dans ce cas c'est pendant la vie des sujets que les expériences ont été faites.

MM. Francis et Bernard ont trouvé du sucre dans les crachats des diabétiques,

et le dernier de ces expérimentateurs en a démontré la présence dans le song. dans le foie et dans les reins.

§ VI. — Diagnostie; propostie.

Diagnostic. La maladie dont il est ici question ayant pour caractère essentiel b présence dans l'urine d'une substance qu'on ne rencontre dans aucun autre cas, i est évident que le diagnostic ne peut ossrir aucune espèce de difficulté, dès que l'attention est dirigée sur la possibilité de la glucosurie. Les affections dans lequelles l'excrétion de l'urine est augmentée, et qui ont pour symptôme une soi exagérée, comme la polydipsie, l'anazoturie, ont sans doute de nombreux points de ressemblance symptomatique avec la glucosurie; mais un diagnostic dissérente entre ces maladies n'aurait d'intérêt qu'autant que le procédé pour reconnaître b présence ou l'absence du sucre demanderait une habileté, une aptitude particulières: or il ne s'agit que de mettre en usage les procédés de M. Fromhertz ou de M. Mialhe, ou celui de M. Maumené, ou même d'introduire dans l'urine me petite quantité de bière qui produit la fermentation alcoolique, lorsque ce liquie contient du sucre. Est-il nécessaire de chercher d'autres signes diagnostiques? Non. sans doute, et la quantité des urines ne fût-elle pas notablement augmentée. « qu'on a observé bien rarement, on ne pourrait, à l'aide de ces moyens si simple, rester un seul instaut dans l'erreur.

Mais, ai-je dit, il faut que l'attention du médecin soit éveillée; or c'est le defaut de symptômes suffisants, dans les premiers temps de la maladie, qui nuit le plus à la promptitude et à la sûreté du diagnostic. Il est une remarque très just faite par Huseland: ce praticien a constaté que ce n'est presque jamais le médecis qui reconnaît le premier la glucosurie dont son malade est affecté. L'état de langueur, le dépérissement, sont attribués très souvent à des maladies nerveuse ou à d'autres affections chroniques; les malades sont traités comme des hypochondriaques, et ce n'est qu'à une époque fort avancée que ceux-ci, soit qu'ils aiest été mis sur la voie par une autre personne affectée de la même maladie, soit spontanément, découvrent du sucre dans les urines, en les goûtant.

Dans les cas même où le médecin s'aperçoit le premier de l'existence de la glucosurie, il arrive très souvent qu'il a perdu un temps précieux avant d'examiner l'urine, et qu'il a dirigé coutre une maladie imaginaire des moyens inutiles, since dangereux. C'est donc en s'attachant à reconnaître de bonne heure la maladie. de s'il se peut dès la première consultation, que les praticiens rendront les plus grands services. C'est aussi cette partie du diagnostic qui est la plus importante, et qui mérite de nous arrêter quelques instants.

Il saut d'abord dire avec Huseland, que le médecin doit toujours examiner attentivement les urines de tout malade qui dépérit sans qu'on en trouve une caux sussissante. On peut même aller plus loin, et ajouter que si, malgré l'existence d'une cause semblable, on trouve quelque chose d'insolite dans la marche de la maladie, l'examen doit être également sait. Il ne peut, en esset, résulter rien de sâcheux d'un pareil examen, et la chose est si sacile, si promptement exécutée, qu'il n'y aura jamais à se repentir d'une recherche inutile. J'insiste sur ce precepte, parce qu'il est capital; quand on en aura bien compris toute la portée, re

sera bien moins exposé à se tromper et à voir des malades venir avec une affection méconnue pendant des mois et même des années.

On pourra, il est vrai, se demander si, dès le début, la présence du sucre dans les urines est un caractère constant et sacile à constater. Ce que nous avons vu dans les récidives, où les urines sucrées ont coıncidé immédiatement avec le retour des autres symptômes, permet de croire qu'il en est ainsi au début même de l'assection, et le procédé indiqué plus haut permet de constater une quantité minime de sucre dans l'urine.

En supposant qu'on ait besoin de quelque signe pour être déterminé à l'examen du liquide urinaire, on en trouve plusieurs dans les circonstances suivantes : 1° Une soif inusitée; la sécheresse de la bouche, l'acidité de la salive, la carie des dents. 2° L'augmentation de l'appétit, qui cependant n'est pas constante, mais qui, lorsqu'elle existe, est bien digne de remarque; car quelle est l'autre maladie chronique avec dépérissement qui présente un pareil symptôme? 3° La sécheresse de la peau ; ce symptôme est si remarquable qu'il frappe non seulement le malade, mais encore parsois ses amis. Des personnes étrangères à l'art ont reconnu une amélioration marquée dans l'état des glucosuriques au simple contact de la main, tant cette partie, comme les autres, est sèche, à quelque température qu'elle soit. Quant aux malades, tous les praticiens qui ont cu à soigner des glucosuriques savent qu'ordinairement ils ont recours d'eux-mêmes aux frictions, aux vêtements chauds, en un mot à tous les moyens vulgaires de ramener la transpiration supprimée. 4° L'augmentation de la quantité des urines, et un besoin sréquent de les rendre: c'est encore là un symptôme qui peut manquer, mais dont la valeur n'est pas moins fort grande. 5" Le dépôt gommeux qui reste sur la chemise, et qui la rend comme empesée : c'est quelquesois en goûtant les taches qui en résultent que les malades ont reconnu la présence du sucre dans leurs urines. 6" La diminution ou l'anéantissement des facultés viriles : on a vu, dans la description des symptômes, combien celui-ci est important. 7º L'affaiblissement de la vue, qui n'a pas une importance moins grande.

Il n'est même pas nécessaire de l'ensemble de ces symptômes pour saire supposer une glucosurie, et un petit nombre d'entre eux chez un sujet pâli, assaibli, émacié, srapperont immédiatement le praticien prévenu. L'examen de l'urine à l'aide de l'alcali lèvera ensuite très promptement tous les doutes qui pourraient rester encore.

Pronostic. Il est difficile, dans l'état actuel de la science, de présenter le pronostic de la maladie. Si l'on ne considérait que les faits publiés avant ces dernières années, on devrait nécessairement porter un pronostic des plus graves, puisque tout ce qu'on a pu obtenir, dans les cas de véritable glucosurie, c'est une amélioration plus ou moins passagère. Si, au contraire, on n'avait égard qu'aux faits rapportés par M. Bouchardat et surtout par M. Mialhe, et si l'on avait des raisons suffisantes pour ne conserver aucune crainte sur l'avenir des malades traités par ces observateurs, on devrait regarder la glucosurie comme une affection dont il très facile de triompher. Mais il faut qu'un plus long temps soit venu démontrer la solidité de la plupart des guérisons qu'ils ont publiées, et en attendant voici ce que l'on peut dire: L'affection, livrée à elle-même, est nécessairement mortelle; traitée par les moyens mis en usage avant ces dernières années,

elle n'a pas été radicalement guérie; il y a lieu de croire que sous l'influence du traitement proposé par M. Bouchardat et de celui que conseille M. Mishe, on a obtenu quelques guérisons réelles, et d'espérer que les exemples de guérises se multiplicront rapidement. Je renvoie à l'article suivant pour développer œs propositions et faire disparaître ce qu'elles peuvent avoir de singulier.

§ VII. — Traitement.

Les diverses théories du diabète admises par les auteurs ont tour à tour dirigles médecins dans le traitement de cette maladie. Ayant adopté celle de M. Mialhe, parce qu'elle me paraît solidement établie sur les saits, je ne pen pas attacher une importance majeure aux divers traitements qui ne se ratuchent pas à cette manière de voir, et pour deux motifs : le premier est que si la moyens proposés ne tendent nullement à ramener à l'état normal les humeur viciées, on ne peut pas en attendre des essets durables; et le second, qui a une pir grande valeur pour le praticien, puisqu'il est fondé sur l'expérience, c'est que 4 remèdes qui n'ont pas, soit directement, soit indirectement, atteint le but que j viens d'indiquer, ont eu une efficacité sinon nulle, du moins très hypothétique dans les cas où on les a mis en œuvre, et cela non seulement comme moyens curatik. mais encore comme moyens palliatifs. Je ne crois pas néanmoins devoir passer o tièrement sous silence la longue série de remèdes proposés par les divers auteurs; faut qu'on sache ce qui a été fait et le résultat qu'on en a obtenu, pour bien apprécier la valeur de ce que je proposerai de faire. Mais les raisons que je viens de donner m'autorisent, je pense, à être bref dans cette exposition.

Jusqu'à l'époque où l'on a séparé nettement la glucosurie des autres espèces d'diabète, on a fréquemment consondu, dans l'étude du traitement, les diverafsections qui consistent dans une excrétion surabondante d'urine; c'est encordune cause d'erreurs qui doit nous rendre très réservé dans l'appréciation de résultats thérapeutiques publiés avant qu'on ait senti la nécessité de considérer le fait à part la maladie dont le caractère essentiel est la présence du sucre dans le urines, et c'est ce que le praticien ne doit jamais oublier. Ensin remarquons qu'il assez bon nombre d'observateurs ont négligé de constater d'une manière prèse l'état des urines après les guérisons apparentes qu'ils disent avoir obtenues, et mes comprendrons combien est difficile le jugement en pareille matière.

Émissions sanguines. Un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels on remarque Aétius, Borsieri, Huseland, Rollo, etc., ont recommandé d'avoir recours aux emissions sanguines au début de la maladie, et de les pratiquer avec modéraine D'autres, au contraire, comme Watt et le docteur Carbutt (1), veulent qu'on saigne de la maladie. Le dernier de ces deux auteurs conseille la present générale, les sangsues à l'épigastre, les ventouses scaristées aux lombes de sont de sausses idées sur la nature de la maladie, qui ont engagé à mettre en œurre ces moyens dont l'efficacité est plus que contestable. On n'admet plus aujourd'hus l'existence d'une inflammation de l'estomac et des intestins, et les émissions sanguines sont généralement abandonnées. Il saudrait des circonstances toutes particulières, comme une complication inflammatoire, pour qu'on y eût recours.

⁽¹⁾ Voy. Pahat, All. med. Zeit., 1836.

Antispasmodiques. On a attribué une assez grande efficacité aux antispasmodiques; cependant il est remarquable qu'on ne les a jamais employés seuls, et qu'on les a toujours associés avec d'autres remèdes dont l'effet est plus généralement admis, ce qui doit nous inspirer des doutes sur leur utilité. Shee (1), les docteurs Dzondi (2) et Richter (3) recommandent le camphre, que ce dernier donne à la dose de 50 à 60 centigrammes. L'assu fætida est conseillée par P. Frank et par Huseland (4), la valériane par Richter; en un mot, on a passé en revue les divers antispasmodiques. Tout ce que nous devons dire à ce sujet, c'est que si ces médicaments ont l'avantage de calmer quelques symptômes, on ne peut les regarder comme des moyens curatifs, et l'on doit les placer tout au plus parmi les adjuvants.

Narcotiques. Parmi les narcotiques, l'opium a été presque exclusivement conseillé. Ce médicament a joui d'une très grande faveur, et beaucoup de médecins le regardent encore comme très utile. Déjà Aétius le recommandait, et Willis lui accordait une très grande confiance. Il serait trop long d'indiquer tous les auteurs qui ont vanté les bons effets de ce remède. Disons seulement que Moncy (5) veut qu'on élève progressivement la dose de l'opium jusqu'à 1 gramme 20 centigrammes par jour. Cette dose paraîtra énorme, et cependant elle a été de beaucoup dépassée, puisque Tommasini a été jusqu'à prescrire 3 grammes d'opium dans les vingt-quatre heures. Ce serait au médecin qui voudrait employer ce moyen à juger, en graduant prudemment les doses, jusqu'où il peut les élever. Ce qu'il faut constater ici, c'est que, de l'avis de tous les médecins qui ont une grande confiance dans l'opium, il faut donner des quantités considérables de cette substance, et ne pas craindre de produire le narcotisme et même une intoxication assez marquée (Dzondi).

Si maintenant nous examinons les faits, nous voyons que, très fréquemment, l'opium a diminué la soif et l'appétit, et, par suite, l'abondance de la sécrétion urinaire; que, sous son influence, on a vu des malades recouvrer en partie leurs forces, et que, par conséquent ce remède n'est pas sans utilité; mais si l'on examine attentivement les cas de guérison rapportés par les anteurs, on voit qu'il s'agit d'une simple polyurie, ou qu'il n'y a eu qu'amélioration passagère, et l'efficacité de l'opium devient très contestable sous ce rapport.

D'autres narcotiques, comme la belladone (Huseland), la jusquiame, etc., ont été administrés, mais on ne leur accorde généralement pas une grande consiance. Quant à l'acétate de morphine, conseillé par les docteurs Berndt (6) et Ronander (7), il n'a évidemment pas d'autre action que celle de l'opium lui-suême.

Astringents. Les astringents, vantés par les uns, ont été regardés par les autres comme n'ayant aucun effet utile. Brisbane et Osterdyck sont de cette dernière opinion. Parmi les astringents mis en usage, il n'en est aucun qui ait une plus grande l'éputation que la gomme kino; beaucoup d'auteurs l'ont recommandée, et M. Sandras l'a administrée à la dose de 1 gramme 25 centigrammes pendant un mois.

⁽¹⁾ Duncan's Annal. of med., 1706.

⁽²⁾ De similitudine ad. illust. diabetis nat., etc.; Halæ, 1830.

⁽³⁾ Spec. ther.

⁽⁴⁾ Manuel de médecine pratique.

⁽⁵⁾ Med. chir. Transactions of London, 1814, t. V. p. 236.

⁽⁶⁾ Klinisch. Mittheilungen; Greifswalde, 1834.

⁽⁷⁾ Ars beraett., etc.; Stockholm, 1831.

Les autres astringents sont : la noix de galle, l'écorce de chêne, le cachen, l'acétate de plomb, etc. Les astringents sont des médicaments qui ne doiver pas être complétement rejetés du traitement de la glucosurie : ils peuvent, en che, avoir pour résultat de modérer un peu la sécrétion urinaire dans les cas où cik dépasse toutes les hornes ; mais il ne faudrait pas plus compter sur eux que sur le moyens précédemment indiqués pour guérir radicalement l'affection.

Toniques. Ce que je viens de dire des astringents s'applique entièrement au toniques; qu'il me suffise, par conséquent, de citer le quinquina et le simarqui parmi les toniques principalement administrés, laissant au lecteur le soin d'appricier l'opportunité de leur administration, que l'extrême saiblesse des malades, des la plupart des cas, semble parsaitement autoriser.

Ferrugineux. Les serrugineux ont été principalement recommandés par Marshé. Peacock, Venable, etc. La grande pâleur des individus assectés de glucosurie, apat supposer que leur sang était très appauvri, a eugagé à administrer le ser, que peut avoir quelques avantages comme tonique.

M. Rostan (1) a obtenu une guérison complète chez un sujet dont la constituir était déjà très altérée, en lui donnant l'iodure de fer à la dose de 1 grammes 1,25 grammes en pilules, dans la journée. En même temps on tenait le maladers régime animal et tonique; mais ce n'est pas à ce régime qu'on doit rapporter à guérison, puisqu'il était suivi depuis deux mois sans amélioration quand on commença l'administration de l'iodure de fer. Ce médicament doit donc être recommandé.

Vomitifs; purgatifs. Je dirai très peu de chose des vomitifs et des purgatiquoique des auteurs très recommandables, comme Hildenbrand, les docters Richter, Berndt, etc., en aient conseillé l'usage. Ces moyens peuvent être de que que utilité, mais uniquement pour combattre certains symptômes, et non pour procurer la guérison complète de l'affection. C'est ainsi que le tartre stibié, l'ijecacuanha, pourraient être administrés aux doses ordinaires pour aider l'estomet se débarrasser de l'énorme quantité d'aliments que prennent souvent les diabérques, et qu'ils ne peuvent pas digérer. C'est ainsi également que les purgatifs ur dinaires serviront à vaincre la constipation, symptôme habituel de l'affection, surtout au début. Mais ces traitements palliatifs ne triompheront pas véritablemes par eux-mêmes de ces symptômes incommodes, et tant qu'on n'aura pas recompau traitement radical, on pourra espérer de suppléer momentanément à l'intégrite des fonctions, mais non à la rétablir complétement.

Je vais maintenant donner l'énumération rapide d'un certain nombre de remèderariés qui ont été préconisés par les nombreux auteurs qui se sont occupés de certain proposition de certain nombre de certain nombre de remède qui se sont occupés de certain nombre de remède qui se sont occupés de certain nombre de remède qui se sont occupés de certain nombre de remède qui se sont occupés de certain nombre de remède qui se sont occupés de certain nombre de remède qui se sont occupés de certain nombre de remède qui se sont occupés de certain nombre de remède qui se sont occupés de certain nombre de remède qui se sont occupés de certain nombre de remède qui se sont occupés de certain nombre de remède qui se sont occupés de certain nombre de remède qui se sont occupés de certain nombre de remède qui se sont occupés de certain nombre de certain

Acides. D'après la théorie que nous avons adoptée, on comprend difficilement qu'on ait administré les acides dans le diabète sucré; c'est cependant ce qui a en lieu, et nous voyons Venable recommander l'acide phosphorique; Brera, l'ari' nitrique mêlé à l'éther; Fraser et Pitschaft, l'acide sulfurique; et enfin le docteu Copland, l'acide hydrochlorique. Je me contente de cette indication, attendu que les saits invoqués par ces auteurs sont bien loin d'être concluants, ainsi que l'a

⁽¹⁾ Bulletin général de thérapentique, novembre 1842.

déjà fait remarquer le docteur Naumann, et que, d'après tout ce que nous avons dit sur les causes et la nature de la glucosurie, loin de conseiller les acides, on doit les proscrire sévèrement.

Moyens divers. M. le docteur Berndt (1) prescrit les pilules suivantes :

- 24 Acétate de morphine.... 0,15 gram. Extrait de fiel de bœuf..... 4 gram. Sulfate de cuivre ammon. 0,30 gram. Poudre de quassia amara... 4 gram.
- F. s. a. des pilules de 0,10 grammes. Dose: 5 matin et soir.

Je n'ai pas pu étudier les saits dans lesquels ces pilules ont été administrées, et je me borne par conséquent à signaler ce moyen à l'expérimentation.

Je me borne à mentionner la créosote, que l'auteur que je viens de citer a administrée à la dose de 8 gouttes par jour; la térébenthine, prescrite par Schoenlein; le fiel de bœuf, que recommande Huseland; les mercuriaux; le calomel, conseillé par Dzondi; le café, le soufre (Christie); les bains froids (Michelotti); et ensin l'urée, qui a pu être prescrite lorsque l'on pensait que cette substance avait disparu de l'urine des glucosuriques, ou qu'elle avait été convertie en sucre, mais qu'on ne saurait plus administrer, aujourd'hui qu'on sait que cette opinion n'est nullement sondée.

Remèdes externes. Les moyens de ce genre ne peuvent encore être que des adjuvants. Les frictions sèches ou aromatiques, conseillées par les anciens; celles de Naumann, dans lesquelles entrent le baume du Pérou, l'ammoniaque, la teinture de cantharides; celles qu'on fait avec la pommade d'Autenrieth; les vésicatoires, les sinapismes, tous ces moyens ont pour but d'exciter la peau, qui, ainsi que nous l'avons vu dans la description des symptômes, a cessé ses fonctions. Mais tant qu'on ne modifie pas l'état général des glucosuriques, on ne peut pas espérer que ces excitants soient suffisants, et, dans tous les cas, ils peuvent être utilement remplacés par les sudorifiques, ainsi que nous le verrons plus loin. Quant aux moxas, qu'on a également conseillés, rien ne prouve qu'ils aient la moindre utilité.

Les frictions faites avec l'huile, le lard (Nicolas et Gueudeville), sont destinées à compléter le traitement par le régime azoté; nous en reparlerons à l'occasion de ce traitement. Je réserve également, pour en parler un peu plus loin, l'emploi des diverses espèces de bains.

Séjour dans les climats chauds. M. le docteur Reith Imray (2) a cité six cas de diabète qui avaient résisté à plusieurs traitements et qui ont été heureusement influencés par un séjour prolongé dans les climats chauds. Notous toutes es qu'il n'avait pas employé le traitement par les alcalins. On peut néanmoins conclure de ces saits, que le séjour dans un climat chaud est un adjuvant très utile dans le traitement de cette affection, ce qu'on pouvait d'ailleurs prévoir à priori, en se rappelant ce que nous avons dit à propos de l'absence complète des sueurs chez les diabétiques.

Sudorifiques. Nous avons vu que MM. Bouchardat et Mialhe ont beaucoup insisté sur la suppression de la transpiration cutanée. Il ne saut pas croire pour cela que ce phénomène ait échappé aux observateurs qui les ont précédés. Huse-

⁽¹⁾ Voy. Bull. gén. de thér., 15 septembre 1849, t. XXXVII, p. 220.

¹² The Edinburgh med. and surg. Journ., jauv. 1846.

land, en particulier, attache une telle importance à cette suppression de la transpiration, qu'il dit (1): « Parmi les causes éloignées, la plus importante es la suppression chronique de la sécrétion cutanée. » Aussi, depuis très longtemps, a-t-on conseillé les sudorifiques, qui sont une partie essentielle de la médication recommandée par M. Mialhe.

De tous les moyens propres à exciter et à rétablir la sécrétion cutapée, il n'exest aucun qui ait été plus vivement préconisé et plus anciennement employé que les bains de vapeur. Arétée, Paul d'Égine, Aétius en faisaient usage, et ils ca eu de nombreux imitateurs. Récemment M. Mialhe en a signalé les grands avantages, et nous verrons plus loin que, dans un cas rapporté par lui et pre M. Contour, il n'a fallu que six bains de vapeur, concurremment avec le remèdes internes, pour rétablir la transpiration. Ce moyen ne saurait être tres recommandé.

Les bains chauds d'eau simple ont quelquesois sussi pour remplir ce but, siou d'une manière désinitive, du moins pendant un certain temps. Le docteu Marsh (2) y joint l'emploi de l'opium, qui agit sur la peau en même temps qui exerce l'action indiquée plus haut.

La poudre de Dower est administrée dans le même but; mais, suivant à docteur Carter (3), il faut en continuer longtemps l'usage, si l'on veut en obteut des effets durables. On doit commencer à en donner 2 décigrammes, et augments lentement la dose jusqu'à 5 ou 6 décigrammes par jour, qu'on continuera ensuite.

Les ammoniaçaux ont été mis en usage, surtout depuis Rollo, qui employent l'hydrosulfate d'ammoniaque à la dose de 25 à 50 centigrammes, trois sois par jour. Huseland a adopté cette manière d'administrer ce médicament. Le docter Albers a rapporté un cas où l'ammonium sulphuratum, donné chaque jour à dose de trois ou quatre gouttes seulement dans pur demi-litre d'eau, aurait eu le plus heureux résultats. D'autres médecins ont donné l'ammoniaque liquide à dose de six à sept gouttes dans un verre de liquide sucré, deux ou trois sois pur jour, et quelques autres médicaments ammoniacaux qu'il serait trop long d'énumérer.

C'est comme sudorifiques que les préparations ammoniacales ont été principalement administrées; mais l'ammoniaque entre aussi dans la médication alcaline. Ce que je dirai plus loin de cette médication s'appliquera en partie à son emples Si maintenant nous examinons d'une manière générale le traitement par les duphorétiques, nous voyons que le grand nombre de faits cités en sa faveur, quoique n'étant pas hors de toute contestation, prouve du moins que le rétablissement de la transpiration cutanée est une des principales indications, et que si l'on n'en a par obtenu des effets plus grands, c'est que, dans le traitement de la glucosuric, il fait une combinaison de moyens internes et externes qui, séparés, seraient insuffisants

Alcalins. Les rapports acides, l'acidité extrême des liquides contenus dans l'étomac, et de la salive, ont dû engager nécessairement à mettre en usage les alcaline. Aussi voyons-nous Willis, Fothergill, Fuller, etc., prescrire ces médicaments, d'les recommander vivement.

⁽¹⁾ Man. de méd. pratique, trad. par A.-J.-L. Jourdan, art. Diabète.

⁽²⁾ Dublin hospital Reports, L 11L.

⁽³⁾ London medical Reposil., nov. 1823.

L'equ de chaux était employée par Willis et Fothergill. On la prescrit à la dose de 20 à 30 grammes, deux ou trois sois par jour, pure ou dans du lait. Fuller avait adopté la formule suivante :

 7 Racine de salsepareille....
 180 gram.
 Eau de fontaine.....
 6000 gram.

 Raisins de Corinthe coupés
 240 gram.

Dose: 90 grammes, trois fois par jour.

On verra plus loin qu'on a prescrit l'eau de chaux à des doses bien plus considérables.

Trailer (1) a conseillé la magnésie calcinée à la dose de 6 grammes, et il affirme avoir obtenu deux guérisons complètes qui n'ont exigé qu'un traitement de huit à quinze jours. Devons-nous regarder le fait comme parfaitement démontré? Non sans doute, parce que cet auteur ne fournit pas des détails suffisants; mais nous verrons plus loin que la chose n'est pas impossible, car les alcalins peuvent agir en très peu de temps. Hufeland a recommandé le même médicament.

Ce dernier auteur s'exprime ainsi qu'il suit au sujet d'autres substances alcalines (2): « l'ai guéri, dit-il, le diabète, suite d'obstruction du foie, par l'usage des emux alcalines de Carlsbad, de la soude, avec des extraits amers. » Lorsque j'exposerai le traitement conseillé par M. Mialhe, et que j'indiquerai les faits qui en prouvent l'efficacité, on verra quelle place importante tiennent les alcalins dans le traitement de la glucosurie; c'est ce qui m'empêche de m'étendre davantage ici sur ce point, et de parler de l'eau de Vichy et du bicarbonate de soude.

M. Bouchardat (3) s'exprime ainsi au sujet des alcalins: « J'ai vu très souvent employer les bicarbonates alcalins; mais aucun succès constaté n'est venu me démontrer l'efficacité de cette classe d'agents. » Il est probable que, dans les essais tentés sous les yeux de cet habile observateur, on n'a agi ni avec assez de hardiesse ni avec assez de persévérance, et, dans tous les cas, il serait indispensable, pour apprécier les faits à leur juste valeur, d'avoir des détails qui nous manquent entièrement. Cette objection n'est par conséquent pas de nature à infirmer les faits positifs que je signalerai tout à l'heure.

Régime. L'influence capitale accordée jusqu'à ces derniers temps à l'alimentation comme cause productrice de la maladie a dû nécessairement faire du régime un des points les plus importants du traitement de la glucosurie. Je me contenterai d'indiquer le régime conseillé par Celse, qui se borne à prescrire des boissons et des aliments astringents, et rentre par conséquent dans une des médications précédentes. Je n'insisterai pas davantage sur ceux que recommandent Arétée, qui veut qu'on se soumette à la diète lactée et féculente, et Aétius, qui conseille le régime végétal, parce que cès moyens ont été abandonnés après avoir été bien souvent mis inutilement en usage.

Régime azoté. Sydenham avait signalé les avantages qu'on pouvait retirer d'un régime presque entièrement animal; mais Rollo insiste bien plus encore sur ce

⁽I) The New-Engl. Journ., etc., 1824.

⁽²⁾ HUFELAND, Manuel de médecine pralique, art. Diabèle.

⁽³⁾ Annuaire de thérapeutique, 1841, p. 240.

moyen, et entre là-dessus, ainsi que sur les autres parties du traitement, dans des détails que je crois devoir consigner ici, en les empruntant à M. Bouchardat (1).

TRAITEMENT DE ROLLO.

- " A déjeuner, un litre et demi de lait et un demi-litre d'eau de chaux, mélés ensemble; du pain et du beurre.
- » A diner, des houdins composés de sang et de graisse; l'usage modéré des viandes faisandées, et des graisses aussi rances que l'estomac pourra les supporter, telles que celles de porc, etc.
- » A souper, les mêmes substances qu'à déjeuner. Pour boisson journalière, du milligrammes de sulfure d'ammoniaque dans un décilitre d'eau. On fera au malade des frictions tous les matins avec du lord, et on lui appliquera une flanche sur la peau. On ne lui permettra que de très légers exercices. On lui fera prendre, à l'heure du sommeil, vingt gouttes de vin antimonial tartarisé et vingt-cinq gouttes de teinture d'opium; on augmentera graduellement ces doses.
- » On appliquera sur chaque région rénale un vésicatoire d'un centimètre de diamètre, et on l'entretiendra avec soin. On conservera la liberté du ventre avec une pilule composée de parties égales d'aloès et de savon.
- » Dès le second jour de ce traitement, dit Rollo, l'urine se rapproche de l'urine naturelle. »

Dans ce traitement de Rollo, dont le régime est la base, nous trouvons à per près tous les genres de médicaments qui out été conseillés, sauf les alcalins à dont élevée, qui, d'après les expériences récentes, sont, de tous les moyens dirigés contre la glucosurie, les plus efficaces et les plus indispensables. Aussi les modifications de l'urine observées par Rollo et les cas d'amélioration plus ou moins grande qu'il a recueillis ne doivent-ils pas nous convaincre de l'efficacité de cette médication, qui ne pourrait être admise exclusivement qu'autant qu'on aurait rapporté des faits bien concluants.

Nicolas et Gueudeville, et plus tard Dupuytren et M. Thenard, adoptant pleisement les idées de Rollo sur l'influence du régime, ont demandé presque uniquement leurs moyens de guérison à l'alimentation, et c'est en supprimant les végitaux et en donnant presque exclusivement du lard, des boudins, du bouillon graqu'ils ont traité leurs malades. Ce qui a dirigé les médecins dans cette thérapentique, c'est la conviction où ils étaient que l'urée manquait chez les glucosuriques, et que de cette absence de l'urée dépendaient tous les phénomènes morbides. Or aujourd'hui nous savons que cette opinion était foudée sur des expériences incomplètes, et de plus des renseignements exacts nous ont appris que les guérisons qu'ils croyaient avoir obtenues n'étaient que de simples améliorations, qui n'ont per empêché la maladie d'avoir une terminaison fatale.

M. Bouchardat, ayant constaté que le diabète était la conséquence de la transformation de la fécule contenue dans les aliments en matière sucrée, dut nécessairement chercher dans le régime le principal agent thérapeutique contre cette mais die; mais comme, d'un autre côté, l'acidité des voies digestives résultant de la sucrission de la transpiration lui paraissait une condition essentielle de la saccio-

rification, il a également insisté sur la nécessité de mettre en usage les sudorifiques, déjà tant vantés. Pour remplir la première indication, il a fait confectionner un pain de gluten qui ne contient qu'une très petite quantité de fécule due à l'addition d'un cinquième de sarine, toujours nécessaire. Voici maintenant son traitement complet :

TRAITEMENT DE M. BUCCHARDAT.

- 1° Pour régime, remplacer le pain ordinaire par le pain de gluten; s'abstenir de végétaux féculents (pommes de terre, haricots, etc.); pour tout le reste, régime ordinaire.
- 2° Porter un habillement complet de bonne flanelle; éviter soigneusement le froid, qui pourrait arrêter la transpiration.
 - 3º Prendre chaque jour la potion suivante:

Mêlez. A prendre par cuillerées.

On peut augmenter graduellement la dose du carbonate d'ammoniaque, et la porter jusqu'à 2, 4, et même 6 grammes par jour.

4° Le soir, prendre le bol suivant :

```
2 Thériaque..... 2 gram. | Extrait d'opium.... 0,025 gram.
```

C'est à l'aide de ces moyens fort simples que M. Bouchardat a soigué quatre malades dont il rapporte l'histoire (1). Dans deux de ces cas, les urines sont revenues à leur état normal en très peu de temps, et, quoique chacun des deux sujets ait eu une rechute, la maladie n'a guère duré plus de deux mois dans le cas où elle s'est prolongée le plus longtemps. Toutefois je ne donne cette durée que comme probable, parce que celle de la rechute n'est pas précisée. Dans les deux autres cas, il n'y cut qu'amélioration passagère, et l'urine ne cessa pas de contenir du sucre.

Ce qui frappe dans le traitement des deux cas qui ont cessé de présenter des urines sucrées, c'est la coıncidence de l'amélioration avec l'élévation de la dose du carbonate d'ammoniaque, qui n'a été donné que comme sudorifique, mais qui a dû nécessairement agir en alcalinisant les humeurs. A cela on objectera peut-être que, chez les deux sujets qui n'ont pas cessé d'avoir les urines sucrées, le carbonate d'ammoniaque a été donné, et même à dose plus élevée; mais ces deux sujets étaient, ainsi que le fait remarquer M. Bouchardat, fort indociles; ils ne prenaient peut-être pas les médicaments qu'on leur donnait, pas plus qu'ils ne se soumettaient au régime prescrit. Ces deux malades ne pouvaient donc pas servir à une bonne expérimentation.

Mais, en supposant même que les principaux moyens employés n'ont eu d'antres résultats que de rétablir la transpiration cutanée, on ne trouvera là rien de contraire à la théorie que nous avons adoptée, puisque ce rétablissement de la transpiration a dû nécessairement rendre le sang plus alcalin, ce qui est indispensable pour la guérison; et si l'on trouvait un moyen qui rendît cette alcalinisation plus.

¹¹⁾ Innuaire de thérapeulique, 1812, act. Glucosurie.

prompte et plus sûre, il faudrait se garder de le rejeter, par la raison qu'un certain nombre de sujets ont guéri sans qu'on en sit usage. Or c'est là ce que nous allons trouver tout à l'heure dans le traitement proposé par M. Mialhe.

Quant au pain de gluten, on ne doit pas attacher une importance majeure à sea administration; car il est évident que ce n'est pas la saccharification de la fécule qui constitue la maladie elle-même, mais bien la tendance qu'a le sucre à passer dans les urines sans être altéré, et qui existe, quoiqu'on n'introduise pas de matières féculentes dans l'économic. Toutefois, comme dans ces circonstances le sucre peut être considéré comme un véritable corps étranger, puisqu'il n'est pas assimilé, il pourrait y avoir un grand avantage à mettre en usage le pain de gluten, qui ne contient qu'une très petite portion de fécule, si ce pain, extrêmement compacte, ne dégoûtait promptement les malades. Or c'est malheureusement ce qui arrive, ainsi que l'a constaté M. Martin-Solon; et comme, d'un autre côté, l'usage des alcalins et des sudorifiques, administrés de la manière que nous allons indiquer, a des effets puissants, quoiqu'on ne supprime pas complétement les aliments féculents, il sera toujours mieux d'en permettre aux malades une quantité suffisants, pour que leur régime ne se trouve pas complétement changé.

M. Palmer (de Birmingham) a fait fabriquer des pains non féculents mois désagréables que le pain de gluten de M. Bouchardat, et qui peuvent être très utiles dans l'alimentation des diabétiques. J'emprunte la description de ce pain as compte rendu du Bulletin général de thérapeutique (1):

« Il y a quelque temps, M. Palmer (de Birmingham) avait fait fabriquer des pais qui contenaient une très grande quantité de son, substance alimentaire, ainsi que l'ont prouvé les recherches récentes de M. Millon. Cé pain avait l'inconvénient d'être difficile à avaler. M. Palmer a eu l'heureuse idée de remplacer le son par le résidu que fournissent les pommes de terre râpées après qu'on a séparé toute à secule. Voici comment on prépare ces pains : On prend seize livres de matière ligneuse des pointres de terre, parsaitement débarrassée de la fécule ; trois quarts de livre de graisse de mouton; demi-livre de beurre frais; douze œufs; demi-ouce de carbonate de soude, et deux onces d'acide hydrochlorique étendu d'eau. (Le carbonate de soude et l'acide hydrochlorique ont pour but de donner à ce pain de la légèreté et du poreux). On fait de cette masse huit gâteaux que l'on soumet à un feu vif, dans un four, jusqu'à ce qu'ils aient pris une belle couleur brune. Ces gateaux out un goût un peu meilleur lorsqu'on les sait légèrement rôtir. M. Palmer avait d'abord ajouté un peu de gomme arabique; mais elle rendait le pain si tenace, qu'on a été obligé d'y renoucer. Depuis quelque temps, il additionne son niélange d'un peu de son en poudre.

» Ce pain, d'une nature particulière, a été essayé par plusieurs médecins de Birmingham, MM. Percy, Johnstone..., etc., qui lui ont reconnu des avantages. A qui sie se sont pas aperçus que son emploi ait eu l'inconvénient d'augmenter la proportion de matière sucrée dans les urines.

Il est presque itutile de dire que les deux indications capitales du traitement proposé par M. Mialhe sont : 1° d'introduire dans la masse des humeurs un quantité de matière alcaline suffisante pour la transformation du sucre de sécule

⁽¹⁾ The Lancet, et Bull. gen. de ther., 15 mai 1819, 1. XXXVI. p. 426.

en matière désoxygénante, et 2° de faire sortir, en rétablissant la sécrétion cutanée, les acides qui diminuent l'alcalinité du sang. Pour arriver à ce but, voici les moyens qu'il propose :

TRAITEMENT DE M. MIALHE.

- 1° Les féculents ne doivent pas être entièrement proscrits du régime; néaumoins, pour les raisons données plus haut, il sera bon d'en réduire la quantité de moitié ou au moins du tiers, ce qui ne sera pas une très grande privation pour le malade. Ainsi, il ne faudra défendre ni le pain ni les légumes secs, ni les pommes de terre, etc., dont l'abus seul aurait des inconvénients. Du reste, le régime sera varié comme à l'ordinaire.
- 2º On commencera par prescrire au malade 6 grammes de bicarbonalé de soude, à prendre en trois sois, le matin, vers le milieu de la journée et le soir, dans un verre d'eau, dans un verre de tisane, ou dans une tasse de bouillon. Att bout de deux ou trois jours, on augmentera chaque dose d'un gramme, et lorsqu'on sera parvenu à faire prendre de 12 à 18 grammes de bicarbonate de soude thaque jour, on continuera cette dose. L'eau de Vichy sera en même temps administrée aux repas, mêlée avec du vin.

On pent encore prescrire le lait de magnésie suivant la formule donnée par M. Mialhe (1).

24 Magnésie calcinée officinale. 100 gram. Eau de fleur d'oranger... 100 gram. Eau pure..... 800 gram.

Broyez la magnésie avec l'eau, et postez ensuite le mélange à l'ébuilition, en agitant sans cesse avec une spatule d'argent. Passez et ajoutez l'eau aromatique. Dose : une étilletée à bouche tous les matins.

Enfin, on peut employer l'eau de chitux à la dose de deux à trois litres par jour. Quoique ces divers alcalins puissent suffire, car ce qu'il importe c'est de faire parvenir une quantité suffisante d'alcali dans le sang, c'est le bicarbonate de soude et l'usage de l'eau de Vichy aux repas qui ont été jusqu'ici employés avec le plus d'avantage (2).

Il saudrait prendre garde de donner le lait de magnésie à une dose plus élevée que celle qui a été indiquée plus haut, parce que les acides abondants dui se trouvent dans le tube digestif des diabétiques changeant la magnésie en sel, il en résulte très sacilement chez ces sujets une purgation assez considérable pour les affaiblir.

3° Pour ramener la transpiration, on mettra en usage les bains de vapeur donnés deux et même trois sois la semaine. Si l'on en juge par quelques saits observés avec soin, et dont je dirai un mot tout à l'heure; il ne saut qu'un petit nombré de bains de vapeur pour arriver au but qu'on se propose; cinq ou six peuvent stissifié: ce qui tient sans aucun doute à ce que l'action du médicament interne ne tarde pas à se saire sentir.

Le malade devra se couvrir le corps de flancile, ainsi que le recommandent la plupart des auteurs. Enfin, il devra tous les jours faire un assez grand exercice, contrairement à la manière de voir de Rollo.

(1) Art de formuler, p. 122.
(2) Du mode d'action des eaux thermales de Vichy, par Ch. Petit; Paris, 1856, p. 429.

Quant à l'emploi des divers sudorifiques, à celui de l'opium, des antispassociques, etc., on ne peut pas dire qu'ils soient contraires, et l'on peut même admettre que dans certains cas ils remplissent utilement quelques indications particulières; mais en général ces médicaments sont inutiles.

Tel est le traitement que la théorie a indiqué à M. Mialhe. Si maintenant nous recherchons quels ont été les résultats pratiques, nous trouvons d'abord un six très intéressant recueilli par MM. Mialhe et Contour, et communiqué à l'Académie de médecine (1). Il s'agit, dans ce cas, d'un sujet qui, depuis dix-huit mois, avait commencé à présenter du sucre dans ses urines, et qui se trouvait, lorsqu'il fut vu par les deux auteurs que je viens de citer, dans l'état snivant : Prostration et amaigrissement extrêmes, faiblesse très grande, appétit toujours bon, digestion facile, soi des plus vives, bonche sèche, salive acide; le malade peut à peine dire quelque paroles sans être sorcé de boire; il ingère cinq ou six litres d'eau par jour. Quantité de l'urine en rapport avec celle des boissons ; ce liquide est très acide, presque estièrement décoloré, marque 1035 au densimètre, et contient un peu plus de 45 grammes de sucre par litre; grande constipation, force virile auéantie depuis plus d'un an, vue affaiblie au point de nécessiter l'usage des conserves. Le chlorure de sodium ayant été employé sans résultat, MM. Mialhe et Contour commencères l'usage du traitement qui vient d'être indiqué, et au bout d'un mois et demi eniron les urines ont cessé de contenir du sucre, la soif a disparu, la salive a repris ses caractères normaux, la sécrétion cutanée s'est rétablie, la défécation se fait facilement, les facultés viriles et la vue ont repris leur intégrité.

Tel était l'état des choses lorsque MM. Mialhe et Contour ont présenté cette observation à l'Académie de médecine. Je puis y ajouter d'une manière succincle k détail de ce qui s'est passé depuis, et cette partie ne sera pas, à beaucoup près, h moins intéressante. Pendant environ dix mois, le sujet de cette observation a continué à se porter aussi bien qu'avant sa maladie, se bornant à prendre quelque grammes de hicarbonate de soude dans la journée, et à suivre un régime régi. Au bout de ce temps, sa santé lui paraissant complétement affermie, il crut postoir s'affranchir de toute espèce de contrainte, et supprimer le médicament; mais dour jours s'étaient à peine écoulés, que le sucre reparut dans les urines, et que la soir recommença à se faire sentir. Il revint chez M. Mialhe, qui lui conseilla seulement de reprendre son bicarbonate de soude, et au bout de quatre ou cinq jours, is santé était complétement rétablie. Depuis, il se borne à prendre quelques doss de médicament alcalin, ne s'astreignant pas tous les jours à ce traitement, et cependant on n'observe pas le moindre signe de glucosurie, et l'urine ne contient pas se atome de sucre.

(Le fait est remarquable d'abord par la disparition si complète du sucre des uninc qu'on a pu constater pendant un temps fort long, et, en second lieu, par la facilit avec laquelle quelques doses d'un médicament alcalin ont triomphé de tous les symptômes de la récidive. Toutefois la promptitude avec laquelle cette récidive s'el reproduite dès que le malade a cru pouvoir s'affranchir de tout traitement doit être soigneusement remarquée; elle prouve, en effet, que la tendance de l'organisme à contracter cette maladie sous l'influence des causes qui ont agi primitivement était

⁽¹⁾ Bulletin de l'Académie de medecine, juillet 1841, 1. 1X, p. 077.

restée fort grande, et même il est permis d'admettre que, pendant tout le temps de la guérison apparente, le sang était tout simplement alcalinisé d'une manière artificielle par l'introduction persévérante des médicaments, et que le sujet était resté virtuellement diabétique. On ne sera sûr du contraire qu'autant qu'à une époque qu'il est impossible de prévoir, le sujet de l'observation pourra reprendre toutes ses habitudes sans voir reparaître les symptômes de la glucosurie. Néanmoins ou doit regarder comme un très beau succès, de pouvoir, à l'aide de petites doses d'un remède qui n'est point essentiellement désagréable et d'un traitement qui n'est pas assujettissant, maintenir les malades dans un état on ne peut plus satisfaisant, et tel que l'examen le plus minutieux ne peut faire reconnaître chez eux aucun signe de maladie déclarée.

Le fait que je viens de rapporter succinctement et d'examiner n'est pas le seul de ce genre que je pourrais citer. M. Mialhe en a vu plusieurs autres; je me contenterai de citer le suivant, qui est bien remarquable par les effets extrêmement rapides du traitement alcalin. Le malade, qui était devenu diabétique à la suite d'un abus de boissons acidules pendant les grandes chaleurs de 1847, fut mis à l'usage des moyens suivants: 20 grammes de bicarbonate de soude, 5 grammes de magnésie calcinée, deux bouteilles et demie d'eau de Vichy dans les vingt-quatre heures. Les urines, qui contenaient 80 grammes de sucre par litre et qui avaient une densité de 1940, ne présentèrent plus, dès le lendemain, la moindre trace de sucre, et n'eurent plus qu'une densité de 1926. Le traitement sut continué et le diabète sucre puétement guéri (1).

M. le docteur Villeneuve (2) a cité, de son côté, un cas dans lequel le traitement par les alcalins et les bains de vapeur a eu les meilleurs effets. Deux semmes diabétiques ont été, il est vrai, traitées sans succès, dans le service de M. Andral (3), par le traitement alcalin. Mais il saut remarquer que ce médecin s'est contenté de prescrire 8 grammes de bicarbonate de soude par jour, ce qui est insuffisant.

Il serait inutile de donner un résumé détaillé de ce traitement que, par ces dernières considérations, j'ai réduit à des moyens très simples. Quant aux ordonnances, les principaux traitements que j'ai donnés en détail, et surtout celui de M. Mialhe, doivent en tenir lieu.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; antispasmodiques; narcotiques; astringents; teniques; ferrugineux; vomitifs; purgatifs; acides. Moyens divers: Créosote; térébenthine; fiel de bœuf; mercuriaux; café; soufre; bains froids; urée. Moyens externes: Frictions aromatiques; teinture de cantharides; pommade d'Autenrieth; vésicatoires; moxas; frictions graisseuses; sudorifiques; ammoniacaux; alcalins; régime azoté.

ARTICLE V.

HIPPURIE.

Dans l'article consacré au genre diabète, j'ai annoncé qu'après avoir parlé de

⁽¹⁾ Séanc. de l'Ac. de méd., 25 juillet 1948, et Bull. gén. de thérap., 15 mars 1849.

⁽²⁾ Journ. de méd., chir., pharm., méd. vét. de la Côte-d'Or, nº 8, 1848.

³⁾ Voy. Journ. des conn. méd.-chir., mars 1846, p. 94.

la polyurie et de la glucosurie, je dirais quelques mots d'une affection nouvelle décrite par M. Bouchardat (1), et à laquelle cet observateur a donné le ma d'hippurie. Un court résumé de l'article de M. Bouchardat suffira pour faire connaître cette affection dont nous ne connaissons encore qu'un seul exemple.

La maladie dont il s'agit est principalement caractérisée par la présence de l'acide hippurique dans les urines : de la son nom.

M. Bouchardat pense que dans le cas qu'il a observé la principale cause de la maladie doit être cherchée dans le régime suivi pendant plusieurs années par la malade, et qui consistait en une alimentation variée en général, mais présenue cela de remarquable, que le sujet de l'observation (une femme) a pris, mêlé à du café ou pur, du lait tous les jours en assez grande quantité (40 centilitres le main et 75 centilitres le soir). Considérant que l'acide hippurique se trouve normalment chez les très jeunes enfants nourris exclusivement de lait, l'auteur signale avec soin ce rapport frappant. Toutefois il remarque que le régime ayant été complétement changé, l'acide hippurique n'a pas moins continué à se montre dans les urines, ce qu'il attribue à une loi qu'il nomme loi de continuité d'action. J'indique seulement cette explication.

Les symptômes éprouvés furent les suivants : d'abord sentiment de lassitude et de nonchalance insolite, suppression de sueurs habituelles précèdemment très abondantes, suppression de démangeaisons à la peau, qui depuis neuf ans avaient constamment incommodé la malade. Plus tard la peau devint aride, écailleux : quelques douleurs se firent sentir dans la région du foie; une coloration jans du corps coincida avec des matières fécales noires. On remarqua également à disparition d'une pituite habituelle; il survint de la sécheresse à la bouche, surtout pendant la nuit, avec saveur désagréable, la salive étant toujours alcaliment à appétit diminua progressivement, les digestions étaient quelquefois pénible. La soif devint ardente, sans être comparable à celle des glucosuriques.

A l'époque où la malade sut examinée par M. Bouchardat, les urines étain dans l'état suivant : Peu colorées, limpides, leur saveur était légèrement salée et leur odeur caractéristique : on eût pris ce liquide pour du petit-lait ou pour de bouillon léger aigri. La densité varia, dans cinq expériences, entre 1,008 et 1,0061: dans deux autres, elle monta seulement à 1,0077. Elles rougissaient très saiblement le papier de tournesol. L'analyse chimique y sit reconnaître une diminution nouble des principes sixes de l'urine, de l'acide hippurique dans la proportion de 2.23 sur 1,000, et de l'albumine dans la proportion de 1,47.

Plus tard encore, l'état des urines restant le même, la malade s'affaiblit et de périt graduellement, ne présentant de nouveaux symptômes que de la suffoction par moments, et un cedème toujours croissant; elle finit par succomber dans le marasme.

Ce n'est pas avec un sait qu'on peut tracer l'histoire d'une maladie; quant à celle-ci donc, il sussit de l'avoir signalée d'une manière précise; aussi me contenterai-je, pour terminer, de dire un mot du diagnostic et du traitement prescrit pur M. Bouchardat.

L'alcalinité de la salive, la densité de l'urine qui est moindre qu'à l'état normal.

⁽¹⁾ Annuaire de thérap., 1842, p. 285 et saiv.

eront penser qu'il ne s'agit pas d'une glucosurie, et la présence de l'acide hippuique dans ce liquide, ainsi que l'absence du sucre, assurera le diagnostic.

Quant au traitement, M. Bouchardat se borne à dire qu'il conseilla une alimenation azotée corroborante, et qu'il chercha à rétablir les sueurs et les démannaisons habituelles. Cette médication n'eut, je le répète, aucun résultat avanageux.

.CHAPITRE IV.

MALADIES DES URETÈRES.

Après les articles qu'on vient de lire, il me reste très peu de chose à dire des naladies des uretères, car ces conduits ont fort peu d'affections qui leur soient propres, et la plupart des lésions qu'ils peuvent présenter se trouvent nécessaiment décrites en même temps que celles de certaines maladies des reins, telles que les calculs rénaux, les acéphalocystes, etc. Je ne dois, par conséquent, donner ici qu'une indication sommaire de ces affections.

- 1° L'hémorrhagie des uretères ou urétérorrhagie est fort rare. Dans les cas où ma pu la constater, ce n'est qu'après la mort qu'on en a reconnu le siége; penlant la vie, il est impossible de la distinguer de l'hémorrhagie rénale, à la descripion de laquelle je renvoie pour les symptômes.
- 2º L'inflammation des uretères résulte toujours soit de l'extension de l'inflamnation de la vessie ou du rein, soit de la présence d'un corps étranger; elle ne constitue par conséquent pas une maladie qu'il importe d'étudier à part.
- 3° Les calculs une fois engagés dans l'uretère présentent quelques particularités ju'il faut mentionner. Nous avons vu que lorsqu'ils acquièrent une certaine groseur ou offrent des aspérités, ils donnent lieu à la colique néphrétique; néanmoins l'résulte de l'observation que ces accidents dépéndent aussi du degré d'irritation que petit avoir déjà acquis l'uretère par suite de l'affection rénale. Il n'est pas rare le voir les calculs s'arrêter dans ce conduit, et même y prendre de l'accroissement; i'ils déviennent trop volunineux, ils empêchent le cours de l'urine, et de là l'hy-ironéphrose, dont j'ai donné plus haut la description. On a vu toutefois des conrétions assez volumineuses ne pas interrompre l'excrétion urinaire, ce qui tenait ce qu'elles étaient percées d'un canal central par où s'écoulait le liquide. Quelquefois plusieurs calculs étant accumulés dans un renflement de l'uretère, l'uriné seut encore filtrer dans leurs intérstices.

Le diagnostic des calculs fixés dans l'uretère est extrêmement difficile lorsque a douleur néphrétique, parcourant ce conduit, ne vient pas échirer l'observateur. Leur pronostic est toujours grave, par les raisons données à l'article Colique néphrétique. Quant à leur traitement, il faut nécessairement se reporter aux articles Calculs rénaux, Gravelle et Colique néphrétique pour en trouver les détails.

4° Nous avons vu, à l'article Rétention de l'urine dans les reins, que l'uretère

peut offrir un rétrécissement et même une oblitération dès la naissance. Plu tard on trouve ce conduit rétréci, lorsqu'un obstacle quelconque interrompt à cours de l'urine dans le rein. Les parois du canal sont, en effet, revenues se elles-mêmes. Si l'obstacle est dans l'uretère lui-même, la partie située au-demos est rétrécie, tandis que la partie supérieure peut présenter au plus haut point l'altération que je vais mentionner tout à l'heure, c'est-à-dire la dilatation.

5° L'uretère peut être comprimé par des tumeurs extérieures, être envahi par le maladies des tissus adjacents, et en particulier par le cancer. Cette compression produit des rétrécissements plus ou moins étendus, dont les conséquences ont évindiquées dans les articles précédents.

6" La dilatation qui résulte des lésions déjà signalées tant de sois est quelque sois énorme. On a vu la portion de l'uretère située au-dessus d'un obstact complet, égaler en volume l'intestiu grêle, et plus encore. En même temps que le conduit se dilate, ses parois s'épaississent et peuvent tripler et quintuple d'épaisseur.

Maintenant, quelles conséquences pratiques pouvons nous tirer de cette expesition rapide? Il faut reconnaître, avec M. Vidal, de Cassis (1), que malheures sement nos connaissances sur les maladies des conduits réno-vésicaux se réduiser presque à des notions d'anatomie pathologique; que, pendant la vie, on ignor presque toujours le siége de l'affection, et que, le connût-on, il n'y aurait à matirer aucune indication particulière pour le traitement.

CHAPITRE V.

MALADIES DE LA VESSIE.

La plupart des affections qui ont la vessic pour siège appartiennent en propret la chirurgie, qui possède sur ce point les travaux les plus importants. On ne des pas s'attendre par conséquent à trouver dans ce chapitre la description de nombreuses maladies, et l'on ne sera pas surpris si, sur quelques unes de celles dus je vais présenter l'histoire, je n'entre pas dans de grands détails.

C'est dans le siècle dernier et dans le nôtre que les affections vésicales ontété étudiées avec le plus de soin; mais tandis que, sous le rapport chirurgical cette étude a fait faire les plus grands progrès à la science, celles de ces malaire qu'on peut regarder comme presque exclusivement médicales ontété très négligies. C'est ainsi qu'on chercherait en vain une description de la cystite aigué on chanique fondée sur des recherches exactes et résultant d'une analyse sévère de la bien observés. On ne pourrait pas même faire ce travail en rassemblant les observe tions contennes dans les divers recueils de médecine; car, relativement à la cysis simple spontanée, c'est-à-dire à l'espèce qui nous intéresse particulièrement, on n'es trouve qu'un nombre sort insuffisant. Force nous sera donc de tracer, avec les remanques générales contenues dans les divers traités, l'histoire de cette affection qui, es!

⁽¹⁾ Traité de pathologie externe, art. Rétrée. et dilat. des uretères ; Paris, 1846, 2º 664. l. ! y. 376.

oignant certains cas d'incontinence d'urine et le concer de la vessie, constitue à peu rès tout ce que doit revendiquer la pathologie interne, nous contentant de signaler es points suffisaumment éclairés et ceux qui demandent de nouvelles recherches.

ARTICLE Ier.

HÉMORBUAGIE VÉSICALE.

Tous les auteurs s'accordent à dire que l'hémorrhagie simple spoutanée, ayant son siège à la surface de la vessie, est une affection extrêmement rare. On peut même aller plus loin, et l'on peut avancer qu'il n'est aucun cas authentique où il soit démontré que l'écoulement de sang provenait réellement de la vessie et-non des reins. C'est du moins ce qui résulte des recherches que j'ai pu saire sur ce point. Ainsi P., Frank (1), qui sur cinq mille neuf cent treize sujets n'a observé l'hématurie que treize fois, et qui, sur une autre série de treize cents, n'a pas vu périr un seul malade de cette affection, ne dit nullement que l'hémorrhagie eût la vessie pour siège, et sût essentielle dans un seul de ces cas, et M. Barth (2) qui a recherché avec soin les divers cas d'hémorrhagie simple spontanée, n'a pas pu rapporter un seul cas où il y ait eu évidemment exhalation de sang dans la cavité vésicale, car les deux faits qu'il cite en détail se rapportent à l'hémorrhagie rénale. Peut-être, il est vrai, invoquera-t-on ces hématuries si fréquentes dans certains pays, et en particulier à l'île Maurice; mais nous avons vu plus haut qu'on s'accorde généralement à placer dans le rein la source du sang rendu par les urines, dans ces cas particuliers (3). Il faut donc en conclure que cette affection, quand elle a réellement son siège dans la vessic, est sinon constamment, du moins presque constaunment symptomatique de certaines lésions, et principalement de celles qui caractérisent le cancer, et à ce titre elle ne mérite pas de nous arrêter longtemps, Toutefois il est permis de croire que le sang peut s'échapper par exsudation et sans lésion préalable des parois de la vessie, dans les cas d'hémorrhagies constitutionnelles dont j'ai eu maintes sois occasion de parler ailleurs (4); mais même dans ces cas, l'hémorrhagie vésicale n'a qu'une importance secondaire. La maladie, en ellet, est alors générale, et ce n'est souvent qu'une circonstance fortuite qui détermine le sang à s'échapper par tel ou tel point de l'économie.

Dans cet état de choses, je ne saurais saire autrement que de donner la description de cette espèce d'hématurie, telle qu'elle se trouve dans Boyer, en exprimant le regret que cet auteur, pas plus que ceux qui l'ont précédé, n'ait publié les observations qu'il a pu recueillir.

Hémorrhagie vésicale simple spontanée. « On regarde comme telle, dit Boyer, l'hématurie qui n'est précédée d'aucune violence extérieure ni d'aucun symptôme propre à caractériser une maladie des reins ou de la vessie, surtout si elle a lieu après la suppression des règles ou du flux hémorrhoïdal. » Il résulte de cette définition que les cas où l'on doit presque exclusivement admettre l'existence de cette espèce d'hématurie sont ceux où l'hémorrhagie peut être regardée comme supplémentaire.

⁽¹⁾ Traile de médecine pratique, traduct. de Gondereau; Paris, 1842, t. I. p. 517.

⁽²⁾ Doit-on admettre des hémorrhag. essent.? (Thès. de concours, 1838.)

⁽³⁾ Voy. Hémorrhagie rénale.

⁽⁴⁾ Voy. Eplataxis, Hémalémese, etc.

- « Les principaux symptômes de cette hématurie sont, continue l'auteur que priens de citer, une sensibilité insolite de la vessie à la présence de l'uror quoique ce liquide soit en petite quantité; de fréquentes envies d'uriner, la dynrie, un sentiment d'anxiété, de tension, de chaleur, d'ardeur dans l'hypogastre une excrétion de matière visqueuse, puriforme, fétide, qui se précipite au fond de urines; en un mot, presque tous les symptômes d'une cystite légère et chronique.
- » Enfin, au milieu de ces symptômes, l'hématurie se déclare, le sang coule : plus ou moins grande quantité avec les urines, présentant une couleur obscure noirâtre. Il n'est pas aussi intimement mêlé avec ce liquide que dans l'hémature rénale; il est fluide.
- » Par suite de ce flux sanguin, la plupart des symptômes s'apaisent; les urier deviennent plus claires, moins chargées de sang et coulent avec plus de facilité.
- L'hématurie vésicale ne présente pas toujours des symptômes aussi grave; a vu le sang couler évidemment de la vessie avec les urines sans aucune semme pénible, sans efforts. Il existe des personnes sujettes à une hématurie périodique supplémentaire des règles ou des hémorrhoïdes, et dont la santé n'est nulleme altérée par cette évacuation.

Diagnostic. « Mais, ajoute Boyer, on ne peut guère reconnaître, même aprèsisment, si cette affusion provient de la diapédèse ou de la rupture des vaissent Ainsi le diagnostic de l'hématurie vésicale spontanée n'est fondé que sur des cosjectures.

Il est presque inutile de faire ressortir tout le vague de cette description. (Présulte-t-il, en effet, des détails que je viens d'emprunter à ce célèbre chirurgir.) Qu'il peut y avoir des hématuries essentielles; mais ce n'est pas là la question. I s'agissait d'abord de démontrer que le sang provient réellement de la vessie. E pour résoudre le problème, nous avons seulement cette considération, que ce liquirest moins intimement lié à l'urine. Ce signe paraîtra-t-il suffisant? C'est ce qui est impossible de croire. En second lieu, il fallait prouver que, dans les cas ciré par Boyer, il n'y avait pas de lésion de la vessie; mais l'éconlement d'une matrir visqueuse, puriforme, fétide, permet-il d'admettre cette intégrité de l'ergane? (Presultant pas la santé; mais, il faut le redire, est-il certain que le sant provienne de la vessie? On le voit, la manière dont ce point de pathologie and étudié ne permet de se prononcer sur rien, et l'observation a encore tout à faire se sujet.

Hémorrhagie vésicale symptomatique. Cette espèce d'hémorrhagie ne doit not occuper, d'après le plan que je me suis tracé, que tout autant qu'elle est acce considérable pour compromettre les jours des malades. Mais, d'une part, not avons vu combien, suivant l'observation de P. Frank, les cas de ce genre pour rages, à moins de lésion traumatique; et, de l'autre, c'est dans des affections chrungicales qu'ils se montrent presque exclusivement. Ce serait donc un hord'equivre de traiter un pareil sujet, d'autant plus que le traitement n'elle ries de particulier, et qu'on peut appliquer aux hémorrhagies vésicales trop abondant les moyens dirigés contre celles que nous avons déjà étudiées dans d'autres organ-

Quant au traitement de l'hémorrhagie simple spontanée, il ne présente qu'un seule particularité importante : c'est que, d'après ce qui a été dit plus haut, cell'

· CYSTITE. 575

espèce d'hémorrhagie étant ordinairement supplémentaire, il ne faudrait pas se hâter de l'arrêter, et l'on ne devrait employer des remèdes dans cette intention, que si la perte de sang devenait excessive; car, d'une part, l'hémorrhagie tend à s'arrêter d'elle-même, et, de l'autre, l'évacuation d'une certaine quantité de sang est nécessaire pour suppléer au flux supprimé et pour faire cesser des symptômes de congestion quelquesois sort incommodes.

Je n'ajouterai qu'un mot relativement à un accident qui demande quelques précautions, que le médecin doit bien connaître et avoir présentes à l'esprit, c'est la rétention d'urine occasionnée par la présence des caillots à l'extrémité vésicale de l'urêtre.

Pour faire sortir l'urine retenue par des caillots, M. Bernard (1) introduit une sonde élastique qui en contient une plus grosse dans son intérieur. Parvenu dans la vessie, il retire la sonde intérieure et l'urine s'échappe.

M. Mercier (2), après avoir introduit la sonde dans la vessie, a recours à une tige fine et flexible, terminée par un renslement sphérique. Lorsque des caillots viennent obstruer les yeux de la sonde, le renslement sphérique écrase les caillots, et l'urine s'écoule autour de la tige sine.

Si ces moyens ne suffisaient pas, il faudrait faire une aspiration à l'extrémité de la sonde. Mais, comme le fait très bien remarquer M. Mercier, on doit auparavant introduire une certaine quantité d'eau dans vessie, afin d'être bien sûr que l'aspiration s'exerce sur un liquide.

ARTICLE II.

CYSTITE AIGUE.

La cystite est une de ces maladies qui n'ont point été étudiées d'une manière approfondie, du moins quant à l'inflammation spontanée. On ne trouve, en effet, nulle part de description de cette maladie faite d'après des recherches cliniques très exactes et appuyée sur des observations détaillées. Relativement à la oystite aiguë spontanée, le fait s'explique seulement par la rareté très grande de cette affection; mais, pour la cystite chronique, que l'on a désignée généralement par le nom de catarrhe de la vessie, il serait facile de réunir de nombreux matériaux pour en tracer une histoire complète, satisfaisante pour les esprits sévères. Malheureusement un semblable travail n'a pas été exécuté dans tout son ensemble. Dans cet article, je m'occuperai presque exclusivement de l'inflammation de la vessie, qui n'est déterminée ni par une cause traumatique, ni par la présence des corps étrangers qu'on trouve si fréquemment dans cet organe. Celle qui est produite par ces causes doit, en effet, rester dans le domaine de la chirurgie; car ces causes elles-mêmes sont ce qu'il y a de plus important dans cette affection.

On a voulu distinguer dans la cystite aiguë une inflammation superficielle n'intéressant guère que la muqueuse, et une inflammation profonde occupant la paroi tout entière. A la première, on a donné le nom de catarrhe vésical aigu, et à la seconde, le nom de cystite proprement dite. On a été même jusqu'à proposer de les distinguer en cystite péritonéale, en cystite musculaire, en cystite

⁽¹⁾ Gaz. méd., mai 1848, et Bull. gén. de thér., 15 juin 1848.

⁽²⁾ *I*64d.

muqueuse, et enfin en cystite générale ou profonde; mais on a été bientôt obligi d'abandonner une semblable division, qui ne saurait être admise sans confondre un grand nombre de choses très dissérentes. Assurément il peut y avoir une isflammation de la partie du péritoine qui recouvre la vessie; mais cette inflammation ne peut être que sous la dépendance d'une péritonite générale ou d'une péritonite partielle, due à une autre affection, telle qu'une maladie de l'utérus. de l'ovaire ou du tissu cellulaire de la sosse iliaque. On ne saurait donc la convdérer comme une véritable cystite. Quant à l'inflammation de la tunique musulaire, il n'est nullement prouvé qu'elle puisse avoir lieu indépendamment de celdes deux autres tuniques. Il ne resterait donc que la division précédemment indiquée, et qui consiste à distinguer la cystite en superficielle et en profonde; mis cette division elle-même a-t-elle toute l'importance qu'on a voulu lui attribor! C'est ce qui n'est certainement pas démontré; car, ainsi que le sait remarque Boyer (1), « il faut observer que, dans la cystite, la membrane muqueuse partcipe plus ou moins à l'inflammation, et que, dans le catarrhe de la vessie aigu et tra intense, les autres membranes de ce viscère sont aussi plus ou moins enflammér.

§ I. — Définition; synonymie; fréquence.

Pour nous donc, la cystite est toute inflammation de la vessie, quelles que sont sa profondeur et sa violence; seulement nous remarquons que, dans cette affectou. comme dans l'inflammation du larynx, du pharynx, etc., la maladie peut avec une intensité très dissérente, suivant les cas, et que le degré de cette intensité correspond, en général, à une étendue plus ou moins considérable de l'inflammation. Le nom de catarrhe de la vessie ne convient pas plus à cette maladie que celui de catarrhe pulmonaire ne convient à l'inflammation des bronches; et comme il suffit de la distinction précédente pour écarter toute indécision à esujet, on peut facilement supprimer ce mot qui a vieilli.

On a donné à la maladie les noms de cystite légère ou intense, de cystite (Sauvages), de cystiphlogie (Meyzerey), etc. Ces dernières dénominations ont éx appliquées à l'inflammation profonde.

J'ai dit plus haut qu'il était très rare d'observer la cystite aigué dévelopée spontanément et sans cause traumatique. Cette rareté est si grande, que heaucoup de médecins n'ont jamais eu l'occasion de traiter cette maladie. On sait, au contraire, combien est fréquente la cystite, lorsque des corps étrangers établis due l'intérieur de l'organe en irritent continuellement les parois. Mais, je le répète c'est dans les traités de chirurgie qu'il faut étudier les cas de ce genre.

§ II. - Causes.

Les causes ont été peu étudiées. Voici ce que nous apprenuent les auteurs.

t° Causes prédisposantes.

- 1" Les causes prédisposantes de la cystite aiguë spontanée sont enveloppér de la plus grande obscurité. L'influence de l'âge mûr est de toutes les causes pridisposantes celle qui est le mieux constatée.
 - M. le docteur Reiseberg (2) a cité un cas de cystite survenu chez un casat de
 - (1) Trait, des malad, chir., t. IX, De l'inflam, de la ressie,
 - (v) Prenss. Zeil., uº 10, 1840.

onze mois à la suite de comulsions; mais comme on avait appliqué un vésicatoire, il est plus probable que c'est à cette application qu'il saut attribuer la cystite.

Quant aux autres, telles que l'influence du sexe, celle du tempérament, de l'atmosphère, de l'hygiène, etc., nous n'avons aucune donnée positive. On a dit, il est vrai, qu'une forte constitution et un tempérament sanguin prédisposent à l'inflammation de la vessie; mais ce sont là des assertions sans preuves.

2º Causes occasionnelles.

Si nous mettons de côté les violences extérieures et l'action des corps étrangers sur la vessie, nous ne trouvons qu'un petit nombre de causes occasionnelles dont l'action soit bien déterminée. Mais avant de les indiquer je dois faire une exception pour une cause traumatique particulière : je veux parler des contusions de la région hypogastrique. On a vu, en effet, quelquesois la cystite survenir par suite d'une compression violente de cette partie, sans qu'il y eût aucune blessure interne ou externe ; mais les cas de ce genre sont extrêmement rares.

Parmi les autres causes occasionnelles, nous trouvons d'abord l'action des cantharides sur la vessie. Dans les expériences faites pour étudier les empoisonnements et dans les cas où l'on a pu pratiquer l'autopsie de sujets qui ont succombé à l'intoxication par cette substance, on a trouvé une inflammation de toutes les parties des voies urinaires, et surtout de la vessie. Cette inflammation est quelquefois très prosonde.

Dans quelques cas, on a attribué à l'action des diurétiques et même des cantharides des inflammations rénales survenues dans des maladies fébriles de longue
durée et qui s'étaient évidemment développées sous l'influence de la fièvre. C'est
ce qui a eu lieu principalement lorsqu'on a trouvé des traces d'inflammation dans
la vessie de sujets à qui l'on avait sculement appliqué un ou plusieurs vésicatoires.
D'autres fois, au contraire, l'action de cette cause, ordinairement si peu puissante,
n'a pu être méconnue. On peut voir, à ce sujet, un cas publié par Ambroise Paré (1),
où la simple application d'un vésicatoire sur la face, pour faire disparaître une
affection de la peau, a produit une cystite fort intense.

M. Morel-Lavallée (2) a aussi cité un bon nombre d'observations dans lesquelles l'application des vésicatoires a produit une cystite avec production de fausses membranes, souvent très abondantes. On a donné à cette cystite, le nom de cystite cantharidienne.

Les divers diurétiques peuvent-ils avoir le même effet? Donnés à dose considérable, et pendant longtemps, ils fatiguent considérablement la vessie et produisent les symptômes de l'inflammation; mais il est bien rare que les accidents soient portés à ce degré, à moins qu'il n'y ait empoisonnement.

Je ne cite que pour mémoire la suppression des divers flux ou des exanthèmes, la rétrocession de la goutte, etc., causes sur la valeur desquelles les documents nous manquent complétement.

Mais il est un autre ordre de causes déterminantes qui, quoique ne s'appliquant pas rigoureusement à la cystite spontanée proprement dite, mérite cependant de fixer notre attention, car l'inflammation de la vessie non traumatique se développe assez fréquemment sous leur influence; je veux parler de l'extension d'une in-

⁽¹⁾ Œuvres complètes, édition publiée par F.-G. Malgaigne; Paris, 1840, t. III, p. 328.

⁽²⁾ Voy. Comp. rend. de l'Ac. des sr. — Bull. de l'Ac. de méd.; Paris, 18\$7, t. XII, p. 744, 779 812.

flammation voisine du réservoir urinaire. C'est surtout dans les cas de blemarrhagie intense qu'on voit survenir cette extension de l'inflammation. M. Vidal de
Gassis a vu à l'hôpital de Lourcine une vaginite violente s'accompagner rapidement
d'une cystite (1). Quant à l'inflammation de l'utérus, du rectum, du péritoire,
il est bien plus rare de la voir se propager à d'autres parties de la vessie qu'à sa surface péritonéale; et si assez souvent on a pu le penser pendant la vie, c'est qu'os a
pris pour des douleurs ayant leur siège principal dans les parois vésicales, les douleurs causées par le tiraillement que font éprouver les contractions de la vessie au
parties environnantes atteintes de phlogose.

Enfin il faut reconnaître que, dans certains cas, la cystite, comme toutes les attres inflammations spontanées, peut se produire sans qu'il soit possible d'en decouvrir la cause. J'en ai vu, pour ma part, un exemple remarquable ches m jeune homme de vingt-cinq ans, et c'est le seul cas de cystite spontanée que j'aveu occasion d'observer. La seule circonstance remarquable, c'est qu'il y avait en une blennorrhagie avec douleur vésicale un an auparavant. Mais à l'époque où survint la cystite, il ne restait plus ancune trace de cette affection, et l'on ne trouvant dans l'hygiène, ni dans aucune autre influence, la moindre cause de cette affammation qui eut une assez grande intensité.

§ III. — Symptômes.

Début. Il est très rare que la cystite aiguë spontanée débute par un mouvement fébrile un peu prononcé; presque toujours, en esset, un besoin plus sréquent de rendre les urines, une certaine gêne, un peu de douleur sourde dans l'état de pérnitude de la vessie, et ensin une saible douleur dans les dernières contractions de cet organe, tels sont les symptômes qui annoncent que la cystite se déclare. Cet surtout immédiatement derrière et au-dessous du pubis que se sont sentir ce symptômes locaux, par la raison que la cystite aigue dont il est ici question étant presque toujours le résultat de l'extension d'une blennorrhagie, c'est le col de la vessie qui est d'abord enslammé. Cependant il est quelques cas où l'assection s'annonce par des frissons, une grande sensibilité au froid, et ensin par de la chalem et l'élévation du pouls, accompagnés simplement d'une gêne vers le périnée, ou quelquesois dans tout le bassin. Ces signes iudiquent que l'assection doit avoir une intensité assez grande; ils existèrent chez le sujet dont j'ai parlé plus haut.

Symptômes. Les symptômes sont tellement dissérents, quant à leur intensité. dans les divers cas, qu'il faut nécessairement décrire à part la cystite légère et le cystite intense, comme nous l'avons sait pour la laryngite.

1° Cystite légère. Un simple embarras dans la région hypogastrique; les citractions de la vessie un peu douloureuses pendant la miction; le besoin d'urne provoqué par une très petite quantité de liquide, d'où résulte la miction frequente; la sensibilité de l'hypogastre à la pression; un état d'inquiétule. d'anxiété, d'irritation du sujet, tels sont les symptômes qui s'offrent presque une quement à l'observation. Il faut néanmoins y joindre ceux qui résultent de l'ance men de l'urine, et qui ont une grande valeur. Il est rare que, dans la cystite léger dont il est ici question, ce liquide soit fortement coloré, mais il ne tarde pas à contenir une certaine quantité de mucus ou de muco-pus, dont il importe beaucoup

⁽¹⁾ Traité de pathologie externe: Paris, 1846, t. V. p. 315.

de constater l'existence. Je me contente toutesois de signaler ici ce fait, parce que, en décrivant la pyélite, j'ai indiqué les caractères de l'urine dans des circonstances tout à fait semblables.

Cet état de la vessie ne tarde pas ordinairement à se dissiper; néanmoins on le voit persister assez longtemps dans certaines blennorrhagies, l'inflammation de la vessie participant du caractère rebelle de l'inflammation de l'urêtre, ou plutôt n'étant que celle-ci étendue à une plus grande surface.

Du reste, on n'observe dans cette affection, lorsqu'elle se maintient à ce degré, ni mouvement fébrile ni trouble des voies digestives, rien en un mot qui prouve que l'affection tend à perdre son caractère purement local.

2º Cystite aiguë intense. La douleur qui a son siége à l'hypogastre est toujours plus ou moins vive, mais elle a des caractères bien différents, suivant que la vessie reste en repos ou se contracte. Dans le premier cas, le malade éprouve comme un sentiment de tension douleureuse derrière le pubis, vers le rectum, dans les aines, et parfois jusque dans les lombes. Quelques sujets se plaignent d'éprouver un prurit au méat urinaire et à l'anus. En général, toutes les parties contenues dans le bassin ressentent une douleur sourde et continue. Lorsque la vessie se contracte pour évacuer la petite quantité d'urine qu'elle contient, la douleur augmente beaucoup d'intensité, et quelquesois est excessive. L'évacuation de l'urine n'a pas toujours lieu d'un seul jet, les contractions étant tellement douloureuses, qu'elles restent incomplètes; ce sont surtout les dernières qui font éprouver les plus vives souss' le malade les sent-il arriver avec une vive anxiété, il se tient courbé pour uriner, place ses mains sur l'hypogastre, en un mot cherche par tous les moyens possibles à diminuer l'intensité de cette douleur.

Ce symptôme peut prendre un tel degré d'intensité, qu'il en résulte ce que l'on a appelé le ténesme vésical, c'est-à-dire une envie presque incessante de rejeter le liquide qui irrite les parois de la vessie enslammées, et l'impossibilité de satisfaire ce besoin, les contractions de la vessie étant rendues impossibles par la dou-leur; on voit même parsois ce ténesme se propager au rectum, d'où un véritable ténesme intestinal, comme dans la dyssenterie violente.

L'émission de l'urine est, ai-je dit, très fréquente: le besoin se fait sentir toutes les demi-heures, tous les quarts d'heure, parfois même plus souvent, et quoique le malade cherche à retarder autant que possible le moment de la miction, à cause des souffrances qu'il redoute, il est bientôt obligé de céder à l'irritation toujours croissante qu'exerce l'urine sur la vessie. La quantité de l'urine est très petite à chaque émission; parfois le malade n'en rend que quelques gouttes; on doit même dire, d'une manière générale, que la quantité de l'urine rendue est notablement moins considérable qu'à l'état normal : ce qui résulte, d'une part, de ce que le malade s'abstient de boire autant qu'il le peut, de crainte de provoquer de nouvelles douleurs vésicales, et, de l'autre, de l'état fébrile dans lequel il se trouve.

L'urine est fortement colorée, comme dans toutes les affections fébriles, et reste d'abord transparente si l'affection n'est provoquée par aucune cause traumatique. Vers la fin de la maladie, elle présente un dépôt de mucus ou de muco-pus que l'on reconnaît aux signes déjà indiqués (1).

Pendant que ces symptômes locaux se produisent, on voit survenir des sym-

⁽¹⁾ Voy. Pyelite.

ptimes généraux très remarquables, ou bien continuer et augmenter ceux qu'en avait observés au début dans quelques cas. Ce sont la perte de l'appétit, la soi que le malade s'efforce de ne point satisfaire pour la raison indiquée plus haut, « ordinairement la constipation. La péau est chaude, halitueuse; le pouls dévelopé, fréquent. Il y a de la tendance à l'assoupissement, et cependant le malade est presque complétement privé de sommeil, parce qu'il est obligé de se relever très fréquenment pour uriner. Enfin on observe l'anxiété, l'agitation et une sorte de décourgement qui devient de plus en plus marqué à mesure que l'affection se prolonge.

Je n'ai parlé ici ni des vomissements, ni du hoquet, ni du délire, ni de la prostration extrême, ni de beaucoup d'autres symptômes qu'on trouve mentionnés de les auteurs, parce qu'ils se rapportent aux cas où l'inflammation de la vessie a déterminée par des calculs, par des lacérations, en un mot par l'action de casse qui tendent à désorganiser les parois. En pareil cas, en effet, la maladie est touchirurgicale, et les auteurs auraient évité une assez grande confusion dans la description de cette affection, s'ils avaient établi la distinction que nous suivons ici.

C'est dans les mêmes circonstances que se produit la gangrène de la vesse. dont les symptômes sont nécessairement d'une gravité extrême; mais c'est égirment aux traités de chirurgie qu'il faut renvoyer le lecteur pour l'étude de cette lésion importante. Nous devons, il est vrai, à un jeune observateur très distingé, M. Cossy (1), des recherches intéressantes sur une gangrène de la vessie qui x montre parfois dans la fièvre typhoïde; mais ce n'est là qu'une lésion secondaire, presque complétement masquée par la maladie principale toujours très grave a pareil cas, et il sera temps d'en parler lorsque je présenterai la description de la fièvre typhoïde.

Dans les cas où la cystite est causée par l'action des cantharides, il se joint an symptômes précédents quelques phénomènes très remarquables : ce sont l'arder en urinant, l'hématurie, le satyriasis; mais ces phénomènes sont dus à l'excitation des organes génitaux, et non à l'inflammation de la vessie, et je devrai les esposer avec plus de détails dans la description du satyriasis.

§ IV. - Marche; durée; terminaison.

Quelle que soit l'intensité de cette affection, elle a une marche continue. Sa durin n'a pas été constatée d'une manière précise. Elle est beaucoup plus longue, touts choses égales d'ailleurs, dans les cas où la maladie résulte de l'extension de l'urétrie blennorrhagique que dans toute autre. Le degré d'acuité de la cystite est loin de correspondre à la longueur de cette durée; ainsi, dans le cas que j'ai cité plus haut, et dans lequel les symptômes ont été violents, la maladie a considérablement perde de son intensité dès le troisième jour, et le septième la guérison était complète.

On a signalé plusieurs terminaisons de la cystite aigue qui sont fort différents: c'est d'abord la terminaison par résolution. Dans les cas dont il est ici principalement question, cette terminaison peut être regardée comme presque constante. de la seule qui puisse ensuite être admise est la terminaison par le passage à l'étal chronique, que l'on n'observe guère que dans les cas d'extension de l'inflammation urétrale à la vessie. Je ne connais du moins aucun fait authentique qui sorte de cette règle. Aussi lorsqu'on a parlé de terminaison par induration, par yengrime. par suppuration, a-t-on eu presque toujours en vue des cas où la maladie étai

⁽¹⁾ Arch. gén. de méd.

produite soit par une affection grave du voisinage, soit par une opération, soit par des calculs : des cas, en un mot, qui intéressent spécialement le chirurgien. Lorsque la cystite est le résultat de l'absorption d'une dose considérable de cantharides, la terminaison est satale; mais la mort est due dans ce cas à l'empoisonnement.

§ W. — Lésions anatomiques.

D'après ce que je viens de dire, il faut laisser de côté les lésions graves qui sont la suite des affections chirurgicales. Celles qui sont occasionnées par la cystite spontanée ont pu être étudiées dans les cas où l'inflammation de la vessie s'est montrée comme lésion secondaire. Ce sont le ramollissement, l'épaississement, la rougeur de la muqueuse, et lorsque la maladie est plus profonde, les mêmes altérations des lissus sous-jacents. Les autres lésions décrites par les auteurs, telles que les abcès, la gangrène, l'induration, doivent à peine être mentionnées ici.

§ VI. — Diagnostie; pronostie.

Le diagnostic de la cystite aiguë spontanée ne présente pas de difficultés sérieuses. Cependant on a vu des cas où de simples douleurs vésicales, soit névralgiques, soit offrant un caractère rhumatismal, ont été prises pour de véritables inflammations. L'absence de la fièvre, l'état naturel de l'urine, à moins de complication, sont les principaux caractères qui font distinguer ces douleurs d'une véritable cystite; mais lorsque cette dernière affection est très légère, la fièvre n'existe pas, et le cas devient plus difficile. Il faut alors étudier attentivement la marche de la maladie, voir si elle est le résultat de l'extension d'une inflammation voisine, et surtout rechercher avec soin si l'urine contient une certaine quantité de mucus ou de muco-pus, ce qui est un caractère important de l'inflammation. Il est inutile d'insister sur un diagnostic si simple.

Pronostic. Il résulte des considérations précédentes, que le pronostic de la cystite aiguë spontanée n'a pas de gravité réelle dans la grande majorité des cas, et que ce qui peut arriver de plus fâcheux est, dans quelques circonstances, le passage de l'affection à l'état chronique. Dans les cas où la mort est survenue, la cystite n'a pas déterminé par elle-même cette terminaison fatale.

§ VII. - Traitement.

Le traitement de la cystite aiguë spontanée est des plus simples. Si l'assection est légère, il sussit de quelques boissons émollientes, de topiques émollients, du repos, et rarement de quelques sangsues sur l'hypogastre.

Dans les cas où l'affection est intense, et surtout lorsqu'elle s'accompagne de phénomènes fébriles marqués, les moyens doivent être un peu plus énergiques. Ainsi on commencera par une ou plusieurs applications de sangsues en nombre assez considérable à l'hypogastre et au périnée; souvent même on sera forcé d'avoir recours à la saignée générale; puis on prescrira les grands bains plus ou moins prolongés, et les bains de siège émollients. On a recommandé aussi les lavements huileux et mucilagineux.

La violence des douleurs paraît indiquer d'une manière formelle l'emploi des narcotiques, et en particulier de l'opium. Cependant, si l'on en croit Boyer, ce médicament ne devrait pas être prescrit avant que l'inflammation fût apaisée; mais on ne sait sur quoi est fondée une pareille assertion. Dans le cas que j'ai pu observer, et que j'ai cité plus haut, l'usage de l'opium à la dose de 5 centigrammes par

jour, même au plus fort de la maladie, eut le grand avantage de calmer les douleurs et de rendre moins fréquent le besoin d'uriner, sans déterminer autre chose qu'un très léger assonpissement, et sans prolonger en aucune manière la maladie.

Lorsque l'affection est la suite de l'empoisonnement par les cantharides, et joint aux moyens précédents l'usage de petites doses de camphre à l'intérieur et de frictions camphrées sur l'hypogastre; mais c'est assez nous arrêter à un traitement aussi simple.

ARTICLE III.

CYSTITE CHRONIQUE.

L'étude de la cystite chronique est bien plus importante pour nons que celle de la cystite aiguë, parce qu'elle est plus fréquemment du ressort de la pathologie intern-

§ I. — Définition; synonýmie; fréquence.

La cystite chronique est l'inflammation de la vessie, quelle que soit la profonde des tissus affectés.

C'est elle qui a été principalement désignée sous le nom de catarrhe de la resultes documents que nous possédons sur cette maladie sont presque aussi vagues que ceux qui nous ont servi à tracer l'histoire de la cystite aiguë, quoique l'inflammatic chronique de la vessie soit incomparablement plus fréquente que l'inflammation aigu.

§ II. — Causes.

Si l'on examine les articles généraux fournis par les auteurs sur le catarrhe vésical on trouve un bon nombre de causes dont l'action est assez généralement admise; mis si l'on recherche les faits sur lesquels on s'est appuyé, on voit que rien n'est moins pestiff que l'existence de la plupart de ces causes. Passons-les donc rapidement en revue

1° Causes prédisposantes.

Tous les auteurs s'accordent à dire que les hommes sont plus fréquemment affects du catarrhe vésical que les femmes, et l'expérience le prouve en effet tous les jours

L'influence de l'âge n'est pas moins évidente : c'est dans la vieillesse qu'on obserte le plus grand nombre d'inflammations chroniques de la vessie, ce qui s'explique aisément par les diverses maladies des voies urinaires qui déterminent cerrinflammation, et auxquelles les vieillards sont particulièrement sujets. Il est fort rare qu'à un âge peu avancé le catarrhe vésical existe sans qu'il y ait une caus déterminante bien connuc, tandis que dans la vieillesse, outre les cas qui viennes d'être indiqués, on en trouve beaucoup d'autres dans lesquels la cystite chronique paraît s'être développée spontanément. Ainsi, sous tous les rapports, la proporties des cas est très différente aux différents ages.

On chercherait en vain dans les divers tempéraments et dans la constitution des individus une cause bien avérée de cystite chronique. Quant à l'habitation, à la profession, aux saisons, aux climats, il est très probable que toutes ces circulstances ont une influence sur la production de la maladie; mais comme il n'à été fait aucun travail exact sur ce point, nous ne pourrions nous livrer qu'à de simple conjectures. On s'accorde néanmoins à dire que les professions sédentaires, celle qui exigent une grande contention d'esprit, et par conséquent un oubli fréquent

des besoins naturels; les climats froids ou humides et l'habitation dans les lieux mal aérés, sont favorables au développement de cette affection.

On a placé encore et avec raison, parmi les causes prédisposantes de la cystité chronique, les rétrécissements de l'urêtre et les gonflements de la prostate qui génent l'émission de l'urine. La vessie, trop longtemps distendue, finit alors par s'enflammer chroniquement. Cependant il serait peut-être plus convenable dè ranger cette cause parmi les causes déterminantes, puisqu'elle suffit seule pour produire la maladie, quoique d'une manière lente.

Ensin on a été jusqu'à citer l'hérédité; mais les saits allégués à l'appui de cette manière de voir sont tout à sait insuffisants.

2º Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles nous retrouvons un bon nombre de celles qui ont été données comme produisant la cystite aiguë : ce sont l'influence du froid, l'extension d'une inflammation chronique de l'urêtre à la vessie, l'abus des diurétiques, des lithontriptiques, etc.

A ces causes il faut en joindre quelques autres qui ont été signalées par M. Lallemand (1), quoique dans un autre but. Parmi les observations citées par cet auteur, on en voit un très grand nombre qui présentent tous les symptômes de la cystite chronique. Or on ne trouve comme cause de la maladie que les excès vénériens, la masturbation, des ascarides dans le rectum; en un mot, les causes qui ont été signalées par M. Lallemand comme produisant la spermatorrhée, et qui, soit d'une manière directe, soit d'une manière indirecte, ce que j'aurai à examiner dans un des articles suivants, donnent lieu à l'inflammation chronique de la vessie.

De toutes les causes déterminantes, celles dont l'existence est la plus évidente sont l'action des corps étrangers sur la vessie, les violences qui résultent de quelques manœuvres opératoires plus ou moins fréquemment répétées; mais, en pareil cas, l'affection rentre dans le domaine de la chirurgie, car elle n'est que la conséquence d'une maladie chirurgicale bien plus importante. Il en est de même des cas dans lesquels, à la suite d'une lésion de la moelle, une paralysie survenant, le liquide prend une odeur ammoniacale et se trouble. Suivant M. Ségalas (2) il se produit alors une inflammation catarrhale de la vessie, une cystite chronique, causée soit par la rétention du liquide, soit par l'action de la sonde.

§ III. — Symptômes.

Nous avons vu plus haut que dans quelques cas le début de la cystite chronique est consécutif à une cystite aigué, ou, en d'autres termes, que la première n'est que la continuation de la seconde; mais ces cas sont de beaucoup les plus rares. Ordinairement le début de la maladie a lieu sans que les malades y fassent une grande attention; il n'est signalé que par un sentiment de gêne vers la région hypogastrique, le périnée et le rectum, et l'émission un peu plus fréquente de l'urine qui ne présente pas d'abord de caractères bien remarquables et qui puissent être appréciés par le malade.

⁽¹⁾ Des perles séminales involontaires.

⁽²⁾ Des lessons traumatiques de la moelle de l'épine, considérées sous le rapport de leur influence sur les fonctions des organes génito-urinaires (Bulletin de l'Academie de médecine, 1813-1844, t. 1X, p. 1114).

La maladie saisant des progrès, voici les symptômes qu'on observe : le sentiment de gêne persiste dans les lieux indiqués plus haut; les dernières contractions de la vessie sont un peu douloureuses; l'urine est rendue fréquemment et en petite quantité, surtout après les repas.

Si l'on examine ce liquide immédiatement après l'émission, on ne lui trouve pas de changement de couleur bien notable; mais on y voit flotter un nuage plus on moins épais qui résulte d'une certaine quantité de mucus sécrété par la surface enflammée. Au bout d'un certain temps, ce mucus se rassemble en un dépôt parfois très abondant, ordinairement blanc ou d'un blanc grisâtre, quelquesois d'une couleur un peu soncée; et comme c'est ce mucus qui a été rendu avec les dernières gouttes du liquide, il arrive, lorsqu'il est un peu abondant, que les malades le voient sortir de l'urêtre sous sorme d'une masse silante. Lorsqu'on laisse l'urine se resroidir dans un vase, on remarque qu'elle acquiert rapidement l'odeur annueniacale.

« Après vingt-quatre ou trente-six heures, dit M. Vidal, de Cassis (1), il s'opère dans la masse profonde (le dépôt muqueux) un dégagement de gaz qui, la rendant d'une pesanteur spécifique moindre, en fait surnager une partie. Cette humeur muqueuse est la même que dans les autres affections catarrhales. Sa quantité varie suivant plusieurs circonstances : elle diminue si la maladie augmente d'acuité ; elle devient aussi moins visqueuse. Dupuytren disait alors que le catarrhe était parulent, et il est remarquable que le malade souffrait moins quand cette forme se produisait. A l'état chronique, le mucus a beaucoup d'analogie avec l'albumine de l'œuf, seulement il est un peu plus laiteux. »

Quelquesois le mucus, au lieu d'être rejeté à la fin de l'émission de l'urine, est rejeté au commencement. Le malade sait d'abord des essorts qui paraissent insructueux ou qui ne produisent que quelques gouttes d'urine, puis il s'échappe une masse glaireuse qui a de la ressemblance avec une hydatide allongée, et l'urine sort par un gros jet.

Il est très difficile de démêler, dans les descriptions que nous ont données les auteurs, ce qui appartient à la cystite chronique produite par une irritation prolongée de la vessie, et à celle qui s'est développée spontanément. Disons seulement d'une manière générale que dans celle-ci les choses marchent plus lentement, la douleur est moins vive et l'état général plus supportable.

Les fonctions des autres appareils d'organes ne sont généralement pas altérérau début de la maladie et pendant un certain temps; mais l'affection se prolongeau. la digestion peut languir, la constipation survenir, le dépérissement se prononcer. et le malade tomber dans le découragement et l'hypochondrie. Lorsque l'affection est due à la présence d'un corps étranger dans la vessie, les symptômes augmentent à mesure que ce corps étranger acquiert du volume.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

Ce sont encore là des points qui n'ont pas été étudiés d'une manière satisfaisante. Ce qui empêche surtout qu'on puisse donner des indications très précises sur er sujet, c'est qu'on a consondu, dans les descriptions, les divers cas si dissemblable.

⁽¹⁾ Traile de pathologie externe; Paris, 1816, 2º édit., t. V, p. 326.

que j'ai maintes fois signalés. Tout ce qu'il est permis de dire, par conséquent, c'est que la cystite chronique a une marche en général continue, dans laquelle on observe seulement quelques améliorations plus ou moins persistantes; que la durée peut être d'un bon nombre d'années; et qu'assez souvent on la voit se prolonger jusqu'à la mort du sujet, occasionnée par une autre maladie.

On ne connaît pas d'exemple authentique de terminaison fatale de la cystite chronique, à moins que cette affection ne soit le résultat de lésions matérielles de la vessie produites, soit par un corps étranger, soit par des manœuvres violentes. Seulement les affections qui peuvent survenir acquièrent un bien plus haut degré de gravité de l'état dans lequel les malades ont été placés par suite des progrès de la cystite. La terminaison par la guérison est difficile, mais non pas impossible. On a dit que cette terminaison peut se faire par métastase, c'est-à dire qu'une autre inflammation d'une muqueuse se produisant, la cystite chronique peut se dissiper presque instantanément. Malheureusement on ne nous a pas fait connaître les faits qui viennent à l'appui de cette assertion.

§ V. — Lésions anatomiques.

Lorsque le malade a été enlevé par une autre affection avant que la cystite ait pu faire de grands progrès, on ne trouve pas de lésions anatomiques bien marquées : c'est un simple épaississement avec un ramollissément peu considérable et une rougeur peu vive de la muqueuse. Mais si la maladie a duré très longtemps, cette membrane a acquis ordinairement une épaisseur très considérable, ainsi que les tissus sous-jacents, et principalement la tunique musculaire, qui est considérablement hypertrophiée. C'est alors qu'on observe à la surface de la vessie ces taches d'un rouge brun ou ardoisé qui annoncent une inflammation ancienne. Quant aux ulcérations, aux abcès, à cet état de l'organe qui lui a fait donner le nom de vessie à colonnes, c'est presque uniquement, sinon même uniquement, dans les cas où l'inflammation est prodnite par des corps étrangers ou par toute autre maladie chirurgicale, qu'on est appelé à les observer.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Le diagnostic de la cystite chronique est tout aussi facile que celui de la cystite aiguë; les seuls points sur lesquels il peut y avoir du doute sont de savoir si l'affection s'est développée spontanément, ou bien par suite de la présence d'un corps étranger, ou bien encore sous l'influence d'une autre maladle des voies urinaires, et si toute l'affection est concentrée dans la vessie, on s'il existe des complications du côté des reins, des uretères, de la prostate. Mais, d'une part, j'ai, dans les articles précédents, fourni les éléments qui serviront à lever une partie de ces difficultés, et, de l'autre, ce diagnostic est presque exclusivement du domaine de la chirurgic.

Pronostic. Le pronostic de la cystite chronique causée par une affection chirurgicale est subordonné à la gravité de cette affection et des opérations qu'elle exige.
La cystite chronique spontanée ne détermine pas, comme nous l'avons vu, la mort
par elle-même; cependant c'est une affection grave, à cause de la difficulté qu'on
éprouve à la guérir et de l'état de découragement et d'hypochondrie dans lequel
elle jette ordinairement les malades.

été levé. Mais on a vu quelquesois le ressort de la vessie aboli pendant un temps plus ou moins long après l'évacuation de l'urine, et, en pareil cas, on ne peut nier l'existence d'une véritable paralysie par cause mécanique.

Quant à la débauche, à la masturbation, aux excès vénériens de tout genre, les faits sont moins concluants. On a, en effet, négligé de tenir compte de beaucoup de circonstances, comme des maladies syphilitiques, des rétrécissements, des tuméfactions de la prostate, et l'on a bien souvent attribué à une paralysie essentielle de la vessie la rétention d'urine déterminée par ces diverses causes. Presque tout reste donc à faire sur ce point important.

« La paralysie de la vessie, dit Boyer, est si commune chez les vieillards, que l'on a classé la rétention d'urine qui en résulte parmi les maladies attachées à la vieillesse. Cependant tous les vieillards n'y sont pas également exposés. Elle attaque particulièrement ceux qui sont d'un tempérament lymphatique, les personnes replètes, sédentaires, les gens de cabinet, les joueurs, les ensants de à joie, comme le dit J.-L. Petit, qui ne s'ennuient point à table; ceux qui, par paresse, par négligence ou par vivacité, ne se donnent pas le temps de verser jusqu'à la dernière goutte de leur urine; enfin ceux qui pissent la nuit couchés sur le côté; au lieu de se lever ou de se mettre à genoux sur leur lit. » On peut dire qu'il n'est pas une seule de ces propositions qui puisse être acceptée sans de nouvelles recherches, et l'on doit regarder ce point d'étiologie comme un de ceux que l'observation est le plus particulièrement appelée à éclairer.

§ III. — Symptômes.

Saus les cas où la paralysie de la vessie est causée par la distension forcée de ses sibres, cette affection, et la rétention d'urine, qui en est la conséquence, commencent d'une manière presque insensible, de telle sorte que, pendant un temps assez long, le malade peut ne s'en apercevoir en aucune manière. Ce n'est d'abord qu'une simple paresse de cet organe. Le besoin d'uriner se fait sentir moins sréquemment, et l'on reste quelque temps avant de pouvoir le satissaire.

A une époque plus ou moins éloignée du début, suivant les cas, le besoin d'uriner ne se fait plus sentir que lorsque la distension de la vessie est portée au point de causer une véritable douleur, et plus tard, enfin, le liquide s'accumule sans pouvoir être expulsé en aucune manière : la rétention est complète.

Dans les premiers temps, la contraction de la vessie suffit seule pour évacuer l'urine; seulement le jet est moins fort, et les dernières gouttes surtout, loin d'être rejetées avec énergie, comme chez un sujet en bonne santé, tombent, pour ainsi dire, par leur propre poids, et verticalement, entre les jambes du malade. A une époque plus avancée, la contraction des fibres musculaires de la vessie ne suffit plus, il s'y joint des contractions plus ou moins énergiques des muscles de l'abdonen, qui, ne suppléant qu'imparfaitement celles du viscère, ne produisent qu'un jet faible, souvent interrompu, et laissent dans l'urêtre quelques gouttes d'urine qui, n'ayant pas été expulsées, souillent ensuite les vêtements. Enfin, la maladie faisant sans cesse des progrès, les sujets restent toujours plus longtemps avant de pouvoir satisfaire le besoin d'uriner; les efforts abdominaux qu'ils font augmentent de jour en jour; ils se tiennent courbés et les jambes écartées, lorsqu'ils veulent vider leur vessie, et cependant ils n'y parviennent pas; le liquide n'est évacué qu'es

partie, le besoin d'uriner se fait sentir à des intervalles de plus en plus rapprochés, et la rétention complète de l'urine sinit par se déclarer.

Lorsque la maladie est parvenue à ce degré, la distension de la vessie augmente à chaque instant, et l'on observe ce qui suit. D'abord l'assection est indolente ou n'occasionne qu'une gêne supportable; mais, quand la distension de l'organe a dépassé certaines limites, on observe ordinairement une douleur incessante, avec des exacerbations plus ou moins rapprochées.

Cet état, si l'on ne le fait pas cesser par l'introduction de la sonde, se termine par l'évacuation goutte à goutte de l'urine, sans que, pour cela, la vessie cesse d'être distendue. Il se passe alors ce qui se passerait si l'on introduisait dans un vase inerte à deux ouvertures, et déjà plein, une nouvelle quantité de liquide; le tropplein, introduit par l'une, s'échapperait par l'autre : c'est ce qu'on a nommé uriner par regorgement. Ce qu'il y a néanmoins de remarquable dans cet état, c'est que, comme l'ont noté les auteurs, l'action d'évacuer l'urine n'est pas encore complétement soustraite à la volonté, en ce seus que l'écoulement peut être suspendu pendant un certain temps; mais cette suspension ne saurait être de longue durée, parce que l'accumulation du liquide et la distension de la vessie allant toujours en augmentant, sa sortie devient bientôt nécessaire.

Je n'indique ici ni le ténesme vésical, ni la douleur excessive, ni d'autres accidents de la rétention d'urine, parçe qu'ils ne se produisent que dans les cas où quelque obstacle s'oppose au regorgement, et que par conséquent les saits de ce genre diffèrent de ceux que nous étudions.

Un symptôme nécessaire, et qui est un des plus importants de cette affection, est la tumeur qui se produit à l'hypogastre, et qui résulte de la distension de la vessie. Cette tumeur est indolente dans les cas dont il s'agit ici; à peine une pression un peu forte y détermine-t-elle un peu de sensibilité. Elle n'a jamais le degré de tension et de résistance que présente la vessie distendue par suite d'une rétention d'urine complète qui reconnaît pour cause un obstacle mécanique au cours de ce liquide. On peut au contraire la déprimer avec facilité, surtout si les parois de l'abdomen sont flasques, et assez souvent la palpation, convenablement exercée, y détermine une fluctuation manifeste. Nous verrons plus loin que ces signes ont donné lieu plusieurs fois à des erreurs de diagnostic.

La vessie peut s'élever jusqu'à l'ombilic et au-dessus, et si l'on cherche à saisir la partie supérieure du viscère, en l'embrassant avec la paume de la main, après avoir fortement déprimé la paroi abdominale avec le bord cubital de cette partie, on sent une tumeur globuleuse parfaitement distincte. Cette manœuvre a en outre pour effet d'augmenter un peu la sortie de l'urine, qui a eu lieu par regorgement.

La percussion sert en outre à faire reconnaître la dilatation de la vessie par l'urine. La matité est complète au-dessus des pubis, et s'étend jusqu'à une ligne courbe qui, passant à une distance variable de l'ombilic, circonscrit les limites du viscère distendu. Au delà, le son clair rendu par les intestins, et qui se retrouve de chaque côté dans les flancs et les fosses iliaques, à moins de complication, fait reconnaître qu'il s'agit d'une tumeur ayant pour ainsi dire sa racine à la partie moyenne du bassin, et de là s'épanouissant à droite et à gauche de la ligne médiane. On a en outre trouvé, vers la limite demi-circulaire de la tumeur, le son

humorique qui résulte, comme on le sait, de la juxtaposition d'un liquide et des gaz intestinaux.

Tels sont les symptômes de la paralysie essentielle de la vessie et de la rétention d'urine qu'elle occasionne; les accidents locaux, les troubles généraux que cette rétention peut produire, appartiennent en propre aux cas où elle est la conséquence des divers obstacles mentionnés plus haut. Tout ce qu'il importe de dire ici, c'est qu'il n'est pas rare de voir le catarrhe vésical compléter cette affection.

§ IV. — Marche; durée; terminaison de la maladie.

En traçant l'histoire des symptômes, j'ai dû suivre les divers degrés de l'affection, et par conséquent en indiquer la murche. Je me borne à rappeler que, dans la paralysie par distension forcée des fibres de la vessie, la maladie se produit brusquement et ne tarde pas à disparaître, tandis que, dans les autres cas, la marche est très lente, et presque toujours l'affection devient permanente. Il en résulte que la durée, qui dans le premier cas peut n'être que de quelques jours, n'a le plus souvent d'autre terme, dans le second, que la vie même des sujets.

La terminaison de la paralysie par simple distension est toujours heureuse, à moins qu'il ne survienne une inflammation très aiguë qui peut causer la mort; mais les cas de ce genre sont très rares. Dans la seconde espèce de paralysie, la guérison a été quelquefois obtenue lorsqu'on a pu traiter la maladie à une époque rapprochée du début; mais le plus souvent l'affection devient permanente, et les sujets en sont réduits à ne plus uriner qu'avec l'aide de la sonde.

§ V. - Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ne doivent pas nous arrêter longtemps. J'ai déjà signalé un certain degré de catarrhe chronique qui laisse les altérations décrites dans un des articles précédents. Par suite de la distension de la vessie, il existe un amincissement de ses parois. C'est du moins ce qui a été indiqué par les auteurs, et l'on n'a pas signalé l'hypertrophie qui résulte ordinairement de la dilatation des organes creux; ce qui du reste n'a rien d'étonnant, car la paralysie des fibres a empêché leur réaction, qui paraît nécessaire pour la production de cette hypertrophie. Reconnaissons toutefois que les recherches sont insuffisantes à cet égard.

5 VI. - Diagnostie; pronostie.

Lorsque la sortie de l'urine a lieu par regorgement, le diagnostic est des plus simples; mais on peut être appelé, et c'est même le cas le plus ordinaire, avant que cette évacuation par regorgement ait commencé, et la tumeur qui résulte de la distension de la vessie peut être prise soit pour une ascite, soit pour une tumeur utérine, et principalement pour l'hydrométrie et la physométrie.

Il est une règle de pratique bien simple et qui suffit pour rendre toute erreur impossible: c'est celle d'introduire une sonde dans la vessie toutes les sois qu'il peut y avoir le moindre doute sur la nature de la tumeur. Il est arrivé plusieurs sois que cette introduction de la sonde, pratiquée par le chirurgien appelé pour saire la paracentèse, a sait reconnaître l'erreur et empêché une opération dont il est inutile de signaler les conséquences surestes en pareil cas. Il vaut beaucoup

hypogastrique. Sans pouvoir indiquer d'une manière précise quel est le degré d'efficacité de ces moyens, on ne saurait s'empêcher de leur accorder un certain degré de confiance, à cause de l'unanimité avec laquelle ils ont été recommandés.

Moyens hygiéniques. On doit s'attacher particulièrement à faire observer une bonne hygiène; car, dans la cystite chronique, le plus petit écart peut avoir des résultats très fâcheux. Le malade doit se couvrir le corps de flanelle, éviter soigneusement le froid et l'humidité, faire tous les jours un assez grand exercice, non seulement pour exciter la sécrétion de la peau, mais encore pour éviter la stagnation des liquides dans la vessie, qui a lieu chez les sujets dont la vie est trop sédentaire.

Quant au régime, il devra être doux et léger, et l'on proscrira sévèrement les boissons alcooliques, les mets trop épicés, en un mot tout ce qui pourrait excitér trop vivement les voies génito-prinaires. L'usage des bains assez fréquemment répétés sera également conseillé.

Résumé. Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur ce traitement assez riche, nous voyons que les moyens dans lesquels il est permis d'avoir le plus de confiance sont l'emploi des injections médicamenteuses, l'usage des balsamiques, les eaux sulfureuses, les irritants de la peau, les exutoires, et enfin les soins hygiéniques. Reste toujours néamnoins un travail important à faire : c'est celui qui nous apprendrait quels sont, dans un cas donné, ceux de ces moyens auxquels il faut avoir recours de préférence. Voici du reste comment M. Civiale (1) expose le traitement de la cystite chronique, et ce sera là un résumé presque complet de tout ce qui vient d'être dit :

Les moyens à employer dans le traitement du catarrhe vésical chez les vieillards consistent, dit cet auteur, à diminuer la sensibilité de l'urètre si le malade est très irritable, à faciliter l'écoulement de l'urine, à empêcher l'accumulation et le séjour des mucosités dans la vessie, à changer les propriétés vitales de ce viscère, à rappeler l'irritation à l'extérieur. C'est par la sonde que l'on facilite l'écoulement de l'urine et des glaires, et que l'on remplace ces liquides irritants par des injections et des irrigations d'abord adoucissantes, que l'on rend toniques (balsamiques, sulfureuses, etc.), à mesure que l'irritabilité diminue. Lorsqu'on est parvenu à rétablir la contractilité de la vessie, à rendre les urines limpides, on a recours à quelques dérivatifs; les douches froides sur le périnée et l'hypogastre, les frictions sèches et aromatiques produisent d'heureux résultats.

Ce que j'ai dit plus haut de l'impossibilité où nous nous trouvons d'indiquer le meilleur traitement dans un cas donné fera comprendre pourquoi je ne présente pas ici des ordonnances, qui supposeraient nécessairement ces indications précises.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

- 1° Cystite aiguē. Émissions sanguines; bains; applications émollientes; narco-tiques.
- 2° Cystite chronique. Émissions sanguines; narcotiques; baume de copahu; injections de copahu; lavements de copahu; térébenthine; injections de goudron; eaux sulfurenses; injections diverses; carbonate de magnésie; alun. Moyens externes: Frictions, vésicatoires; séton. Moyens hygiéniques: Régime, bains.

⁽¹⁾ Journal hebdomadaire de médecine, mars 1829.

ne se sait pas sans difficulté. Les caractères indiqués par M. Civiale pour les deux cas viennent ensuite compléter ce diagnostic.

Chez quelques semmes hystériques, on observe une rétention d'urine qui exige l'emploi journalier de la sonde. On pourrait croire à une rétention par paralysie; mais, lorsqu'on sonde les malades, on s'assure que le liquide sort par jet jusqu'à la dernière goutte. Il n'y a donc pas, en pareil cas, une véritable paralysie, mais une perturbation nerveuse dont il suffira de parler à l'article *Hystérie*.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° Signes distinctifs de la rétention d'urine par paralysie de la vessie, et de l'hydropisie ascite.

RÉTENTION D'URINE.

Niveau du liquide formant une courbe à convexité supérieure; son clair des intestins autour de cette ligne.

Par le changement de position du malade, les rapports de la matité et de la sonorité ne changent pas notablement.

Fluctuation limitée; moins facile à produire.

ASCITE.

Niveau du liquide formant une courbe à concavité supérieure; son clair des intestins au dedans de cette ligne.

Par le changement de position du malade, on fait varier le niveau du liquide; la matité se porte vers les parties déclives, et la sonorité gagne les parties supérieures.

Fluctuation d'un flanc à l'autre très facile à produire (1).

2º Signes distinctifs de la rétention d'urine et de la physométrie.

RÉTENTION D'URINE.

Son mat de la tumeur. Maladie fréquente.

PHYSOMÉTRIE.

Son clair de la tumeur. Maladie fort rare.

3" Signes distinctifs de la rétention d'urine, suite de paralysie, et de l'hydrométrie.

RÉTENTION D'URINE.

Tumeur plus molle, plus facile à déprimer. Par le toucher vaginal, on constate l'état normal de l'utérus.

Par le toucher rectal, on constate le volume normal de l'utérus.

HYDROMÉTRIE.

Tumeur plus serme, plus résistante.

Par le toucher vaginal, on constate l'ascension du col et la pesanteur du corps de l'utérus.

Par le toucher rectal, on constate l'augmentation considérable de volume du corps de l'utérus.

Il saut répéter ici que, dans tous les cas, le cathétérisme, dont les résultats sont si concluants, doit être pratiqué.

4° Signes distinctifs de la rétention d'urine par paralysie de la vessie, et de la rétention causée par le gonflement de la prostate.

RÉTENTION D'URINE PAR PARALYSIF.

Cathétérisme facile avec les sondes de toutes les courbures.

Après l'introduction de la sonde, les premières colonnes du liquide sont seules projetées; le reste s'écoule en bavant.

La contraction des muscles abdominaux ou la pression sur le ventre produisent un jet qui s'arrête dès que ces actions cessent. RÉTENTION D'URINE SUITE DE TUMBUR DE LA PROSTATE.

Cathétérisme exigeant une sonde d'une assez sorte courbure, et présentant une certaine dissidué.

Après l'introduction de la sonde, le liquide est projeté jusqu'à la fin; les dernières co-lonnes seulement sont projetées moins loin.

La contraction des muscles abdominaux et la pression sur le ventre sont inutiles.

(1) On n'oublie pas qu'il ne s'agit que de l'ascite un pen considérable, qui seule peut être consondue avec la maladie décrite dans cet article. quentes, souvent abondantes, et plus tard l'urine est chargée d'un dépêt de couleur grisûtre, brundtre, ordinairement très fétide.

Si alors on pratique le cathétérisme, on peut, en portant l'extrémité de la sonde sur les divers points des parois de la vessie, reconnaître que sa capacité a diminué de volume, qu'elle est inégale, inextensible, et ces manœuvres déterminent ordinairement l'écoulement d'une petite quantité de sang.

Ensin les symptèmes généraux propres aux divers cancers, et qui avaient commencé le plus souvent avant que la vessie sût affectée, prennent dès ce moment un accroissement plus rapide; il survient des perforations plus ou moins considérables de la vessie, l'urine peut s'écouler par le rectum, le vagin, et le malade succombe inévitablement dans un état de marasine ordinairement très prononcé.

Le traitement ne peut par conséquent être que palliatif: l'emploi répété de la sonde, pour ne pas laisser stagner les humeurs ichoreuses dans la vessie, des injections émollientes, l'administration de l'opium à l'intérieur pour calmer les douleurs, tels sont les moyens qu'on prescrit particulièrement pour calmer les symptômes produits par le cancer. Quant aux autres, ils sont ceux que l'on dirige contre le cancer en général.

ARTICLE V.

INCONTINENCE D'URINE.

L'incontinence d'urine est une affection qui a été nécessairement connue de toute antiquité, puisque le symptôme presque unique qui la caractérise ne peut échapper à la plus légère observation; aussi tous les auteurs en ont-ils parlé.

Pour la description de cette maladie, on a proposé des divisions assez nombreuses. Ainsi Borsieri distingue l'incontinence d'urine chez les enfants, l'incontinence d'urine paralytique, spastique, calculeuse, primitive, secondaire, idiopathique, symptomatique. Chacune de ces divisions présente, en esset, un certain intérêt. Cependant cet intérêt n'est pas assez grand pour qu'on examine à part et en grand détail chacune de ces espèces.

On a, dans ces derniers temps, proposé de diviser tout simplement l'incontinence d'urine en complète et en incomplète. — La première serait caractérisée par un écoulement continuel de l'urine, et la seconde par l'émission de ce liquide à des intervalles plus ou moins éloignés.

- M. Mondière (1) distingue trois espèces dissérentes. « Dans la première forme, dit-il, l'excrétion de l'urine est entièrement soustraite à l'empire de la volonté, et se sait d'une manière continue : ce liquide s'échappe goutte à goutte et au sur et à mesure que, conduit par les uretères, il arrive dans la vessie....
- » Dans la seconde forme, l'écoulement a bien encore lieu goutte à goutte, mais il est précédé de la rétention et de l'accumulation de l'urine dans la vessie, et le liquide s'échappe alors, comme on le dit, par regorgement....
- "Dans la troisième, ce n'est plus d'une manière continue que l'écoulement de l'urine a lieu, mais bien à des intervalles plus ou moins éloignés et par jet, comme à l'état physiologique; seulement il est involontaire. "

⁽¹⁾ Mem. our l'incontinence d'urine (Presse med., mars 1837).

convénient de prolonger les souffrances des malades; elle contribue encore à rendre la maladie incurable, en exposant les parois de la vessie à une distension excessive. On sait que cette distension est capable seule de produire la paralysie de cet organe; à plus forte raison elle doit l'augmenter lorsque cette paralysie existe déjà...

- On ne saurait donc avoir recours trop tôt à la sonde dans la rétention d'urine causée par la paralysic de la vessie. Cet instrument pénètre d'autant plus facilement, que, pour l'ordinaire, l'urêtre est alors fort large; mais comme, chez les vieillards, les parois de ce canal sont dans une espèce de flaccidité, une grosse sonde entre plus facilement et cause moins de douleur qu'une sonde d'un petit diamètre. On peut se servir d'une algalie d'argent ou d'une sonde de gomme élastique : cette dernière est préférable, parce qu'il faut la laisser dans la vessie, pour empêcher que l'urine ne s'y amasse de nouveau, ce qui ne manquerait pas d'arriver si l'ou discontinuait l'usage de la sonde. Quelques uns croient qu'il vaut mieux la passer chaque fois que le malade a besoin d'uriner; mais ce besoin se renouvelle si souvent, qu'il serait à craindre que l'urêtre ne se fatiguât ou que le chirurgien ne pût donner au malade les soins assidus que son état exige...
- » Lorsque (continue cet auteur, auquel je dois emprunter ces détails parce qu'il a exposé le traitement avec tout le soiu désirable) la sonde est placée dans la vessie et fixée..., si la région de ce viscère est douloureuse, s'il y a de la fièvre, on fait une saignée du brus; dans tous les cas, on prescrit les boissons délayantes, rafraichissantes et légèrement diurétiques. On débarrasse le gros intestin au moyen de lavements, et l'on règle le régime du malade d'une manière relative à la situation où il se trouve.
- * On donne issue aux urines en débouchant la sonde toutes les deux ou trois heures, suivant qu'elles sont plus on moins abondantes et que le besoin de les rendre est plus on moins pressant. Il ne faut pas cependant attendre toujours cet avertissement, parce que la vessie, étant en général moins sensible alors que dans l'état naturel, se laisse quelquesois distendre outre mesure avant de saire maître l'envie d'uriner, et sa distension sorcée l'empêche de reprendre sa contractilité. On retire la sonde tous les dix, douze ou quinze jours pour la nettoyer et pour prévenir son incrustation. Lorsqu'on s'aperçoit que la surface commence à perdre son poli et à devenir raboteuse, on lui en substitue une autre. »

Boyer ajoute que si l'introduction de la sonde est impossible, on ne doit pas hésiter à pratiquer la ponction de la vessie, et il dit même que la seule sois qu'il ait eu occasion de saire cette opération, c'est dans un cas de rétention d'urine par paralysie de la vessie. Mais on a élevé des doutes sur la nature de la maladie en pareil cas, et avec raison, car comment concevoir que la sonde ne puisse pas pénétrer s'il n'y a pas un obstacle qui l'arrête dans l'étendue du canal? Tout porte à croire qu'il s'agissait d'une rétention d'urine causée par une tumeur de la prostate, assection que, comme nous l'avons vu plus haut, Boyer n'avait pas appris à distinguer suffisamment de la rétention par paralysie. Les détails du sait viennent d'ailleurs à l'appui de cette opinion, car l'obstacle et la douleur existaient à la région prostatique.

Électricité. M. Michon (1) a cité des cas dans lesquels la paralysie de la vessie,

(1) Scances de la Soc. de chirurgie, 11 avril 1849.

On a généralement dit que l'incontinence d'urine intermittente affecte principalement les enfants faibles et de constitution lymphatique; mais M. Mondière,
qui a étudié les faits sous ce rapport, a noté, au contraire, que les sujets affectés de
cette incommodité étaient tous forts, avaient les chairs fermes, et ne présentaient
aucun attribut de la constitution lymphatique. C'est donc une cause que la théorie
et non l'observation a fait admettre.

2° Causes occasionnelles.

On a vu l'incontinence d'urine permanente survenir à la suite d'un grand nombre de causes : et d'abord à la suite des lésions du cerveau et de la moelle épinière (apoplexie, ramollissement, etc.) qui déterminent la paralysie du sphincter. On a vu également des tumeurs développées dans le bassin rendre impossible la distension de la vessie par l'urine, et occasionner ainsi un écoulement involontaire continuel; mais les cas de ce genre sont assez rares. Les lésions organiques de la vessie, lorsqu'elles sont très étendues ou qu'elles intéressent les fibres du sphincter de manière à en empêcher la contraction, s'accompagnent d'incontinence d'urine.

On a cité les excès vénériens, la masturbation, l'abus des aphrodisiaques, des diurétiques; et, dans ces diverses circonstances, en effet, l'incontinence d'urine se développe parfois; mais n'a-t-on pas assez souvent pris pour des relations de cause à effet de simples coıncidences?

A la fin d'un assez grand nombre de maladies, l'urine est rendue involontairement, surtout pendant l'agonie; mais ce phénomène, qui mérite d'être noté dans l'histoire de ces diverses maladies, n'a pas d'intérêt réel pour le praticien quand on le considère à part.

Restent maintenant certaines émissions involontaires de l'urine qu'il suffit de mentionner, parce qu'elles peuvent être considérées plutôt comme de simples accidents incommodes que comme de véritables maladies. Ainsi l'urine est rendue involontairement chez les femmes au dernier degré de la grossesse ou pendant le travail de l'accouchement. Dans les violentes émotions, dans l'asphyxie, dans les convulsions, etc., on observe également assez souvent une émission involontaire de l'urine; mais ce phénomène, qui ne se renouvelle pas ou qui ne se reproduit que dans les mêmes circonstances, ne mérite pas que nous nous y arrêtions plus longtemps.

Quant à l'incontinence d'urine qui, ayant lieu à des intervalles plus ou moins éloignés, se reproduit pendant un long espace de temps, qui exige un traitement particulier, et qui, par conséquent, nous intéresse d'une manière toute particulière, on peut dire que nous n'en connaissons véritablement pas les causes occasionnelles. Nous avons vu plus haut qu'elle était une affection de l'enfance quoiqu'elle puisse se prolonger au delà de la puberté. Elle se manifeste principalement pendant le sommeil, et tout porte à croire que la profondeur du sommeil chez les enfants est ce qui les empêche de sentir le besoin d'uriner, de telle sorte que l'irritation qui est produite par la distension de la vessic, et qui en détermine la contraction sans qu'ils en aient la conscience, est la seule cause qu'il faille invoquer. Plus tard cette émission involontaire devient, pour ainsi dire, une habitude invétérée qu'il est souvent très difficile de faire disparaître.

M. Mondière regarde comme cause principale de cette affection, non pas l'atonie de tout l'organisme, ainsi que nous l'avons fait remarquer plus haut, man l'atonie bornée à la vessie. Il faut toutefois reconnaître que l'existence de cette atonie partielle est admise par simple induction et n'est pas parfaitement démontrée; car si, d'un côté, nous pouvons dire que le sphincter de la vessie a perdu de sa force de résistance, de l'autre nous voyons que le corps de l'organe a conserve sa puissance de contraction, puisque l'urine est encore rendue par jets, comme l'a noté M. Mondière lui-même. L'atonie ne porterait donc que sur une seule partie de la vessie, ce qui est difficile à concevoir. L'explication que j'ai donnée plus haut me paraît plus simple et plus naturelle.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de l'incontinence d'urine se réduisent presque complétement à l'émission involontaire de l'urine; ainsi on n'observe aucune douleur, et si l'on enmine l'hypogastre dans les cas d'incontinence permanente, on ne trouve ni tument ni matité du son, ni rien, en un mot, qui indique la distension de la vessie; si, en outre, on introduit une sonde, on ne voit pas s'écouler la grande quantité d'une qui annonce qu'avant de sortir goutte à goutte ce liquide s'est accumulé de mière à distendre considérablement l'organe. Si le contraire avait lieu, on auran affaire à une rétention suivie de l'issue de l'urine par regorgement.

Au bout d'un certain temps il survient sur le scrotum et sur les cuisses de raugeurs érythémateuses, des ulcérations, avec endurcissement et épaississement de la peau; mais ces lésions ne sont qu'une conséquence de la maladie, et sont dus au contact continuel d'un liquide irritant sur ces parties.

L'incontinence intermittente a lieu ordinairement pendant le sommeil; quequesois, néanmoins, on l'observe pendant la veille, mais alors elle est due soit au secousses brusques dont nous avons parlé, soit à la compression de la vessie par une tumeur quelconque, et ne constitue qu'un simple accident ou une malade secondaire à laquelle le médecin ne peut opposer directement que des moyens paliatifs. Cependant il est une remarque à faire à ce sujet : c'est que les émotions, le secousses qui, en général, ne seraient pas sussisantes pour l'évacuation involutaire de l'urine dans un état de santé parsaite, le deviennent dès que le sphincter de la vessie commence à se paralyser. Sous ce rapport, l'émission involontaire de l'urine devient un symptôme d'une grande importance; car, dans les cas de u genre, on voit ordinairement l'incontinence, d'abord intermittente, devenir essuite permanente, la paralysie du sphincter saisant sans cesse des progrès.

L'incontinence qui a lieu pendant le sommeil est celle qui se produit chez les enfants, et se continue pendant un temps plus ou moins long. Cette incommodite perésente aucun autre symptôme que l'émission involontaire elle-même.

§ IV. - Marche; durée; terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est dissernte, suivant qu'on a assaire à l'incontinence d'urine permanente ou à l'incontinence intermittente dont j'ai eu si souvent occasion de signaler les dissemblances. La première arrive plus ou moins lentement à sui plus haut degré, de telle sorte qu'au début elle peut être intermittente, le sphincie de la vessie ayant encore assez de résistance pour retenir l'urine jusqu'à ce qu'elle

soit accumulée en certaine quantité, et les lésions qui s'opposent à la contractilité du corps de cet organe ne se produisant que lentement. Puis arrive le moment où l'urine s'échappe goutte à goutte à mesure qu'elle est versée par les uretères; alors la maladie reste stationnaire. La seconde reste ordinairement ce qu'elle était au début, sauf quelques améliorations passagères, le sujet pouvant être un temps plus ou moins long sans avoir d'évacuations involontaires.

La durée de l'incontinence permanente est aussi longue que la vie des malades. Celle de l'incontinence intermittente est très variable; très souvent, en esset, on ne l'observe que pendant une petite partie de la seconde ensance; et parsois, ainsi que M. Mondière en a cité plusieurs exemples, elle se prolonge au delà de la puberté.

La terminaison de la première est due ordinairement aux progrès des maladies graves qui l'ont occasionnée. Les malades, comme je viens de le dire, succombent avec cette incommodité.

Dans la très grande majorité des cas, l'incontinence intermittente se termine par la guérison, à moins qu'elle ne soit le début d'une incontinence permanente, c'est-à-dire qu'elle ne soit occasionnée par la paralysie du sphincter ou par une altération organique de la vessie. Cependant on a rapporté quelques faits dans lesquels cette infirmité n'a eu d'autre terme que celui de la vie, et c'est ce qui a donné lieu à cette opinion assez générale, que si l'incontinence se prolonge au delà de la puberté, elle est ordinairement incurable. Mais nous verrons plus loin que cette manière de voir n'est pas fondée sur les faits, et qu'en ayant recours à un bon traitement, il est permis de compter sur une terminaison heureuse.

§ W. — Lésions anatomiques.

J'insisterai très peu sur ce point. Je me contenterai de dire que dans l'incontinence permanente on a trouvé des lésions de la moelle épinière, du cerveau, de la vessie, qui ont expliqué la paralysie du sphincter, ou bien le défaut de contractilité et l'inextension permanente de l'organe, suivant les cas. Dans les cas d'incontinence intermittente due à des convulsions, à la grossesse, etc., l'explication se trouve dans la perturbation du système nerveux, dans la compression de la vessie, etc. Enfin l'incontinence intermittente proprement dite ne présente absolument aucune lésion, ce qui a fait imaginer l'existence d'une atonie générale ou partielle.

§ VI. — Diagnostic; pronostic.

Le diagnostic n'offre un certain intérêt qu'au début de l'incontinence permanente. Ainsi lorsqu'on voit les malades rendre involontairement leurs urines à des intervalles variables, on peut se demander s'il s'agit d'une paralysie simple et partielle de la vessie, ou d'une paralysie développée sous l'influence soit d'une lésion grave des centres nerveux, soit d'une maladie organique. Telles sont les questions que le pratisien doit se poser, et c'est en recherchant les signes des affections que je viens de signaler qu'il arrivera à un diagnostic positif qui n'est pas sans importance, puisque la gravité de la maladie est très différente suivant les différents cas. Quant à l'incontinence intermittente proprement dite, elle ne présente aucune difficulté sous ce rapport.

Ce que j'ai dit plus haut de la terminaison de la maladie me dispense d'entrer

dans de nouveaux détails sur le *pronostic*. J'ajouterai seulement ici que de touts les espèces d'incontinence d'urine, celle qui est produite par une lésion organique de la vessie est la plus fâcheuse.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de l'incontinence d'urine complète ou permanente n'exist quelques moyens curatifs qu'à son début et lorsque la permanence ne s'est pas encore établie; mais, il faut le dire, ces moyens ont bien peu de chances de succè, quoi qu'on fasse, on voit ordinairement la maladie faire des progrès et arrive au point où le liquide, ne pouvant plus s'accumuler dans son réservoir, s'écouk goutte à goutte. Cependant on ne doit pas complétement désespérer; car on a va, quoique bien rarement, le traitement être suivi de succès, ou du moins enrayer la marche de la maladie. Voici comment s'exprime Boyer à ce sujet:

"Le traitement de l'incontinence d'urine incomplète (c'est-à-dire de celle qui n'i pas encore atteint son plus haut point d'intensité) est toujours subordonné à licause qui la produit : lorsqu'elle dépend de l'atonie du sphincter et du col de la vessie, on lui oppose les remêdes propres à réveiller l'action de ces partie. A l'extérieur, on emploie les bains de siège par immersion dans l'eau fruide. les applications froides, spiritueuses, balsamiques, aromatiques sur le périnée: les lavements avec la décoction de quinquina et le camphre; les vésicatoirs volants à la région du sacrum et à l'hypogastre. A l'intérieur, on donne le quinquire et tous les autres remèdes propres à fortifier les organes relâchés. On a quelque fois employé la teinture de cantharides à la dose de dix, quinze, vingt goutte administrées dans l'eau pure ou dans la décoction de graine de lin deux fois per jour. Mais on doit peu compter sur ces remèdes lorsque la maladie est anciens et le malade fort avancé en âge.

» Quand l'incontinence d'urine incomplète reconnaît pour cause l'exaltaire de la sensibilité et de la contractilité de la vessie, on doit employer les mores propres à combattre cette disposition pathologique, tels que les bains, les lavements émollients et anodins, les boissons mucilagineuses, l'opium, un régine doux.

» Si l'excès de l'irritabilité de la vessie est le produit de quelque vice acrimenieux, rhumatismal, par exemple, on emploie les moyens propres à le combattre et ceux qui peuvent éloigner son action de la vessie. Ainsi on conseillera les bairs sons mucilagineuses et diaphorétiques, comme l'infusion légère de bourrache de graine de lin, les bains tièdes, les frictions sèches, les vêtements de flanclieur un régime doux, le repos. Si ces moyens ne suffisent pas, on appliquera un recatoire à la région du pubis, ou bien aux jambes ou aux bras; on en maintiende la suppuration pendant plusieurs mois, et s'il a produit de bons effets, on le repolacera par un cautère.

Dans l'incontinence d'urine produite par un corps étranger contenu des à vessie, par une affection organique de ce viscère ou des parties environnantes, in secours de l'art doivent être dirigés contre l'affection dont le flux involontaire de l'urine est l'effet. Heureux lorsque cette affection est accessible à nos moyens.

La noix vomique, dont il n'est pas sait mention dans ce traitement, est cepesl'ant le moyen auquel on doit les cas de guérison les plus remarquables et le moins contestables. Je me contenterai de citer ici celui qu'ont rapporté MM. Trousseau et Pidoux (1), et dans lequel il s'agit d'une incontinence d'urine fort grave, puisqu'elle était survenue à la suite d'une chute d'un lieu élevé, qui avait produit une paraplégie et la paralysie de toutes les parties contenues dans le bassin. Il est à désirer que les exemples se multiplient, afin qu'on puisse apprécier plus rigoureusement quelle est, en pareil cas, la part qu'il faut attribuer au traitement et celle qui appartient aux efforts de la nature.

Le peu d'efficacité de ce traitement, reconnu par Boyer et par tous les auteurs qui se sont occupés de cette question, m'a engagé à ne pas entrer dans de plus grands détails; nous allons, au reste, les retrouver dans le traitement de l'incontinence d'urine intermittente proprement dite, à laquelle Boyer donne le nom d'incontinence nocturne, et contre laquelle ils agissent bien mieux. J'ajouterai seulement qu'on peut recourir aussi à l'électricité dont je parlerai en détail à propos de la rétention d'urine.

Traitement de l'incentinence d'urine intermittente proprement dite. Ce traitement a presque exclusivement fixé l'attention de M. Mondière, et son exposé constitue la plus grande partie du mémoire qu'il a publié et que j'ai déjà cité. Dans ce travail, presque toutes les questions thérapeutiques importantes qui se rattachent à notre sujet ont été discutées avec soin, et c'est pourquoi je lui emprunterai le plus grand nombre des considérations qui vont suivre.

Moyens moraux. M. Mondière proscrit avec raison tous les moyens qui consistent à effrayer fortement les enfants, à leur faire faire des actes qui les dégoûtent profondément, et qui peuvent avoir sur eux les effets les plus funestes. Je ne crois pas, par conséquent, devoir mentionner ces moyens vulgaires, qui passent, il est vrai, pour avoir été esticaces, mais en faveur desquels, ainsi que le fait remarquer l'auteur que je viens de citer, aucun fait concluant ne dépose en réalité.

Quant aux moyens qui consistent à faire honte aux enfants, surjout devant leurs camarades, à leur infliger les punitions qu'on inflige à cet âge, ils n'ont pas les mêmes inconvénients, et sont mis ordinairement en usage avant qu'on ait recours au médecin. Or cette seule réflexion prouve combien ils ont peu d'efficacité dans la plupart des cas. Ce qu'on ne doit pas oublier, c'est que l'enfant qui urine la nuit, dans son lit, urine involontairement, par un acte automatique, et que par conséquent il ne saurait en aucune manière prévenir cet acte dont il n'est pas averti. S'il y a de sa part une certaine paresse, ce dont il est difficile de s'assurer, ces moyens seront nécessairement plus efficaces; ils le seront davantage encore chez les sujets qui ont passé l'âge de la puberté; mais, en somme, ils sont le plus souvent insuffisants. Réveiller plus ou moins fréquemment l'enfant pour le faire uriner, et tâcher par ce moyen de lui faire prendre l'habitude de se réveiller luimême, c'est donc, à peu près, tout ce qu'il est permis de tenter.

1. Médication interne. — Belladone. M. le docteur Morand (2) a eu l'idée de traiter l'incontinence d'urine nocturne chez les ensants par la belladone, et il a cité des saits très concluants en saveur de ce médicament qui agit, sans doute, en rendant

⁽¹⁾ Traité de thérapeutique, 2° édit., t. 1°, p. 791.

⁽²⁾ Mém. sur l'incont. d'urine (Bull. gén. de thèr., 1845, p. 572; et Journ. de méd., de M. Tronsseau, novembre 1845).

moins pressant le besoin d'uriner, de telle sorte qu'au bout d'un certain temps le sujets s'habituent à conserver leurs urines toute la nuit.

Après lui, MM. Bretonneau, Blache et Trousseau (1) ont mis en usage le mêm-moyen avec succès.

Voici comment la belladone a été administrée par M. Trousseau chez une jeur fille de cinq ans :

7 Poudre de belladone.... 0,10 gram. | Extrait de belladone.... 0,05 gram. | F. s. a. 10 pilules.

La première semaine, une de ces pilules chaque soir.

La seconde semaine, deux pilules le soir.

La troisième semaine, une seule pilule.

Après la guérison, reprendre de loin en loin le traitement pendant une semaine. Suivant M. Morand (2), la jusquiame noire et le datura stramonium, administrés aux mêmes doses et de la même manière que la belladone, produisent des effets analogues.

d'atonie des jeunes sujets. Or, que l'on considère cette atonie comme générale or comme partielle, on est naturellement porté à employer la médication tonique. Guersant recommande le vin, la décoction de gentiane jaune, celle de quinquina; mais ce médecin n'a recours à cette médication que lorsque l'incontinence ne lui paraît pas rebelle, c'est-à-dire dans les cas où l'on doit penser que la maldie tend spontanément à la guérison. Je pourrais citer un grand nombre d'auteurs qui ont parlé en faveur de la médication tonique; mais une réflexion faite par M. Mondière montrera combien il serait inutile d'entrer dans de grands détais à ce sujet. « Nulle part, dit cet auteur, nous n'avons trouvé un seul cas de guérisce par l'emploi seul des amers et des toniques. »

Une alimentation fortifiante, composée principalement de viandes noires et grillées, est prescrite en même temps que l'usage des toniques; mais elle n'a pas. d'après les faits, de plus grands avantages.

Ferrugineux. Il est bien rare qu'en même temps qu'on emploie les toniques proprenent dits, on ne mette pas en usage les ferrugineux pour compléter la médication. C'est ainsi que Guersant recommande d'associer au quinquina l'arginoir de fer à la dose de 4 à 8 grammes par jour; que le docteur Meisser associe la limaille de fer aux cantharides dont nous allons parler tout à l'heure; que le sous-carbonate de fer a été donné dans un cas avec succès par M. Imbert (3), et que M. Mondière a obtenu le même résultat chez un chlorotique, et associant ce dernier médicament à d'autres toniques dans la formule suivante:

```
24 Quinquina rouge concassé... 8 gram. Camomille romaine..... 15 gram. Gentiane jaune coupée.... 12 gram. Sous-carbonate de fer.... 43 gram.
```

Paites macérer à froid, pendant quarante-huit heures, dans un litre de bon vin blanc.

Doce : 60 grammes matin et soir. Il faut mettre un linge sur l'ouverture de la bosteille.

pour verser le liquide dans le verre.

⁽¹⁾ Union médicale, 14 oct. 1818.

^{.2)} Union med., mardi 23 janv. 1849.

a) Voy. Pérouse, Quelques consid. sur l'incontinence d'urine ; Thèse, Paris, 1834.

Il résulte de ces saits que l'emploi des serrugineux a plus d'avantages que celui des autres toniques. Cependant il saut se garder de leur accorder une trop grande consiance; car les cas sont très nombreux où ils ont été administrés sans succès, ou sans autre esset qu'une amélioration passagère. Lorsque l'incontinence d'urine complique la chlorose, comme dans le cas rapporté par M. Mondière, cette médication est plus particulièrement indiquée.

Astringents. Assimilant l'incontinence d'urine à certains flux, plusieurs médecins ont imaginé de la traiter par les astringents. Je ne citerai ici que le ratanhia, pour mentionner un fait de guérison rapporté par M. Roth (1) et indiqué par M. Mondière. L'emploi des autres astringents paraît avoir, il est vrai, réussi quelquesois; mais cela ne sussit pas pour faire admettre leur efficacité d'une manière générale. N'oublions pas, en esset, que l'incontinence d'urine nocturne tend presque toujours naturellement à la guérison; qu'il faut, par conséquent, étudier surtout le traitement dans les cas où il est prouvé que la maladie est devenue enracinée, et que si l'on tient compte de tous les faits, on ne doit regarder ceux qu'on est appelé à observer chez les jeunes ensants que comme d'une valeur douteuse, à moins qu'on n'en ait un grand nombre. Ensin, dans cette assection comme dans toutes les autres, des saits isolés semblables à ceux que nous venons de mentionner ne suffisent pas pour qu'on puisse porter un jugement définitif; ils nous engagent seulement à mettre en usage la même médication dans des circonstances qui nous paraissent semblables.

Cantharides. L'emploi des cantharides, indiqué par l'action spéciale de cette substance sur la vessie, a été maintes fois suivi de guérison. Voici, à ce sujet, ce que nous apprend M. Mondière: « En 1781, M. Léger (2), maître en chirurgie à Paris, a publié trois observations d'incontinence d'urine guérie par l'usage interne de la poudre de cantharides. Il prescrivit, chez une malade âgée de vingt-quatre ans (3):

4 Mouches cantharides.... 0,30 gram. | Extrait de bourrache..... 8 gram. Divisez en vingt-quatre doses. A prendre une tous les soirs.

- 18 grains (0,90 grammes), ajoute M. Mondière, furent nécessaires. Des deux autres malades, qui étaient sœurs, l'une avait quinze et l'autre treize ans; elles furent parsaitement guéries. Richter, Baumes ont également réussi par ce moyen...
- » M. Morillon (4) a également guéri par les cantharides une jeune sille de vingtdeux ans, atteinte depuis sept ans d'une incontinence d'urine. Cette sille était forte et bien réglée. Le traitement dura quinze jours, et consista, matin et soir, en une pilule composée d'un quart de grain de cantharides en poudre et d'un extrait amer. »

J'ajoute que beaucoup d'autres auteurs ont préconisé les cantharides; mais je me contente de présenter ici une formule proposée par le docteur Popta (5), et qui eut un plein succès dans un cas:

⁽¹⁾ Bibliothèque médicale, t. LXVII.

⁽²⁾ Ancien Journ. de méd., t. LV.

⁽³⁾ Qu'on sasse attention à cet âge, car il ne saudrait pas donner invariablement cette dose, mais la diminuer de moitié, ou des deux tiers et plus, chez les sujets moins âgés.

⁽⁴⁾ Journ. clin. de Lyon, 1830.

⁽⁵⁾ Voy. HARLESS, Rhein. Jahrb., 1819.

24 Cantharides en poudre... 0,50 gram. Savon de Venise..... 4 gram. Camphre..... 0,50 gram.

Mélez. Faites 40 pilules. Dose: 1 à 2, trois fois par jour.

Une remarque générale à faire, c'est que ces diverses doses ont été données à des adultes, et que par conséquent chez les enfants de un à trois ans on ne devra prescrire qu'un sixième de ces quantités; de trois à sept ans un tiers, et à quatorne ans la moitié. C'est là ce qu'il ne faut pas perdre de vue, attendu que l'affection ayant lieu communément chez les enfants, on pourrait commettre des méprises très graves.

Il vaudrait peut-être mieux n'administrer que la teinture, dont l'action irritant sur les voies digestives est moins forte. Cette préparation sera prescrite à la dor de dix à vingt gouttes par jour chez les adultes, de deux gouttes seulement chez les enfants de un à trois ans, et ainsi de suite dans les proportions que je viens d'indiquer.

Le docteur Kopp prescrit le mélange suivant :

24 Teinture de cantharides.... 8 gram. | Teinture de baume du Pérou. 8 gram. Dose: vingt-quatre gouttes du mélange, dans du vin, quatre fois par jour.

Peut-être cette dose paraîtra-t-elle un peu considérable.

Les cantharides ont encore été employées comme moyen externe. J'y reviendra lorsqu'il sera question des divers moyens de ce genre.

Les succès obtenus à l'aide des cantharides sont, je le répète, assez nombren pour qu'on ne puisse pas douter de l'efficacité de ce médicament; mais nous verrons plus loin qu'il en est un plus efficace encore.

Sabine. On a aussi proposé la sabine; mais ce médicament ne peut convenir que dans des cas particuliers. Son action emménagogue a dû engager à la mettre et usage chez les jeunes filles chlorotiques, chez lesquelles nous avons vu le ser réusir quelquesois. Le docteur Horn affirme avoir prescrit ce médicament avec sucès dans des cas d'incontinence d'urine survenue après un accouchement laborieux. On comprend difficilement quelle a été l'action de la sabine dans ces circonstances. Voici, du reste, la formule du docteur Horn (1):

4 Herbe de sabine...... 8 gram.

Faites infuser pendant un quart d'heure dans :

Ajoutez à la colature :

Camphre 0,10 à 0,30 gram.

Mêlez. Dose : une cuillerée à bouche toutes les heures.

Noix vomique. M. Mondière, qui, dans ces derniers temps, a cité des saus très concluants en faveur de l'efficacité de la noix vomique, a aussi rappelé ce qui a été dit à ce sujet par les auteurs qui ont employé ce médicament. M. Mauricet, 2 paraît être, suivant lui, le premier qui ait employé la noix vomique contre l'incontinence d'urine, et les sujets traités par ce moyen étaient deux frères, l'un de treize et l'autre de quatorze ans. Au bout de trois jours de l'usage de la noix vomi-

⁽¹⁾ Voy. Schwidt, Rec.

⁽²⁾ Arch. gen. de médecine ; l'aris, 1817, t. XIII, p. 102.

ue à la dose de 25 milligrammes par jour, et sous forme d'extrait alcoolique, incontinence d'urine avait complétement disparu; mais le traitement ayant été ispendu, au bout de quinze jours la maladie se reproduisit, et la même récidive ut lieu jusqu'à ce qu'enfin le médicament ayant été continué pendant un mois, guérison fut complète. Les faits rapportés par M. Mondière sont plus remarquales encore, car dans quelques uns il s'agit de sujets de seize et même de vingt ans hez lesquels l'incontinence d'urine existait depuis un temps fort long, et avait été aitée inutilement par un grand nombre de moyens. Voici les pilules que prescrit l. Mondière:

24 Extrait de noix vomique. 0,40 gram. | Oxyde noir de fer...... 4 gram. | Faites 24 pilules. Dose: 3 par jour.

Une jeune fille âgée de vingt ans fut guérie après avoir pris 1,20 grammes du nédicament. On peut augmenter considérablement la dose, puisque chez un nfant de neuf ans M. Mondière était parvenu à faire prendre jusqu'à 0,30 rammes de noix vomique par jour, en trois fois,

Les pilules proposées par M. Mondière doivent donc être regardées comme le nédicament le plus utile dans cette infirmité si incommode. Le praticien trouvera scilement la dose qui convient à chaque sujet suivant l'âge, et quant à augmenter ette dose, c'est d'après les phénomènes qu'on devra se guider, en ayant toujours oin d'agir avec une grande prudence.

Néanmoins la noix vomique est une substance qu'il est plus facile de manier que les cantharides, et sous ce rapport on doit encore lui accorder la préféence.

Il est inutile d'ajouter que la strychnine donnée à la dose de 1 à 3 centigrammes chez l'adulte pourrait remplacer la noix vomique. M. Mondière a cité, en effet, in cas de guérison par ce moyen, emprunté à un journal allemand. Le même auteur pense que, dans un cas où la noix vomique donnée à l'intérieur aurait échoué, il serait peut être utile d'appliquer au périnée un vésicatoire saupoudré de strychnine; mais aucun fait de ce genre ne s'était présenté à son observation lorsqu'il a publié son mémoire. La noix vomique et la strychnine ont encore réussi dans des cas où l'incontinence d'urine était la suite d'un accouchement laborieux; mais nous avons suffisamment parlé de l'action de ce médicament dans l'incontinence d'urine qui ne se montre pas chez les enfants; il serait inutile d'y revenir ici.

Moyens divers. Je me contenterai maintenant d'indiquer rapidement un certain nombre d'autres moyens internes, avant d'arriver à la médication externe, à laquelle il sera nécessaire de donner quelques développements.

On a vanté les bons essets du pétrole, que Rust conseille de prescrire à la dosc de 5 à 8 gouttes toutes les deux heures, et d'employer en outre en srictions. Le docteur Meyer a proposé la sormule suivante, dans laquelle entre la créosute comme principal médicament:

Mélez. A prendre par petites cuillerées dans les vingt-quatre heures.

On a employé aussi l'acide benzoique. M. le docteur de Fraene (1) a guéri une jeune fille en lui faisant prendre des pilules faites avec 8 grammes de cet acide pour 40 pilules, à la dose de 4, matin et soir. C'est un moyen qui mérite d'être de nouveau expérimenté.

Ensin on a conseillé l'usage de l'eau de chaux; mais je ne pousserai pas plus lon cette énumération; car nous ne trouvons pas de faits concluants en faveur de ce divers moyens.

2º Médication externe. Il est rare qu'on se soit borné à employer des moyus appliqués à la périphérie du corps. Presque toujours on n'y a eu recours que pou venir en aide aux moyens internes déjà indiqués. Cependant il est quelques un de ces moyens qui sont assez actifs pour que j'entre dans quelques détails à les égard.

Application de l'eau froide; bains froids. Underwood (2) voulait qu'à régime excitant et à un exercice convenable, on joignit des fomentations faits avec de l'eau froide et pratiquées sur le périnée et les parties voisines. Cet auteu n'accorde toutesois qu'une consiance très limitée à ce moyen.

Les bains froids ont été plus particulièrement conseillés, et l'on a cité des fan qui déposent en leur faveur. D'après le docteur Constant (3), MM. Baudelocque « Guersant ont obtenu des succès en employant des bains à 18 ou 20 degrés; mis les bains froids par immersion, mis en usage par Dupuytren, sont ceux dont le effets ont eu le plus de retentissement. M. Mondière donne le résumé d'un fai obsérvé dans la clinique de ce chirurgien, et où le premier bain par immersion fa disparaître complétement l'incontinence, de telle sorte que, si l'on en continu l'emploi, ce fut seulement par mesure de précaution. Voici comment Dupuytres faisait donner ces bains:

BAINS FROIDS PAR IMMERSION.

Une baignoire étant convenablement remplie d'eau à la température extérieur, on y plongeait le malade, puis on le retirait, pour l'y replonger encore, et ains de suite, pendant deux ou trois minutes; ensuite on l'essuyait avec soin, on l'habilist chaudement, et on lui faisait prendre de l'exercice.

Les bains de mer par immersion ont nécessairement les mêmes avantages. de plus ils ont l'action sur la peau des substances contenues dans l'eau de met. Aussi ont-ils été vivement conseillés.

M. Mondière sait, au sujet des bains sroids, et surtout des bains par immersion des réslexions qui tendent à diminuer baucoup la valeur de ces agents thérapentique. Il est certain que les preuves de leur efficacité ne sont ni péremptoires ni nombreuses. Quant aux accidents que l'immersion dans l'eau froide pourrait causer. Frances que M. Mondière se les exagère un peu. C'est d'ailleurs au médecin prudent à ne prescrire un semblable moyen que dans des circonstances où il n'y a point à craindre de suites sâcheuses de l'impression brusque du froid sur la peau.

Bains aromatiques. Je crois devoir reproduire ici le passage du mémoire de

⁽¹⁾ Journ. de méd. de Bruxelles, 1846.

⁽¹⁾ Trait. des malad. des enfants, trad. d'Eusèbe de Salles, p. 779.

³⁾ Bulletin thérap., t. X, 1836.

- Il. Mondière où les bains aromatiques proposés par M. Lallemand (1) sont décrits t jugés.
- Les bains aromatiques employés par M. Lallemand doivent, dit M. Mondière, nériter la préférence sur les bains froids, puisque les accidents qui peuvent souent être produits par ceux-ci ne sont point à craindre par l'emploi des premiers, t qu'au rapport du professeur de Montpellier, aucun cas d'incontinence d'uriné aurait résisté à leur action. Toutefois les résultats du traitement de M. Lallemand sont moins prompts que ceux qu'obtenait Dupuytren par sa méthode, puisque e n'est guère qu'après huit ou dix bains qu'on commence à observer un changement notable, et que quinze, dix-huit ou même trente sont quelquefois nécessaires our obtenir une cure complète. Ce moyen, bon en lui-même, devra donc être éservé pour certains cas où des moyens beaucoup plus prompts, beaucoup plus ciles à administrer, et dont nous parlerons bientôt, se seront montrés inefficaces; pais nous pensons que ces cas doivent être excessivement rares. Quoi qu'il en oit, voici la manière de préparer les bains aromatiques:
- on jette de l'eau bouillante sur quatre ou cinq poignées de plantes labiées, ites espèces aromatiques; on couvre exactement. On laisse refroidir jusqu'à temrérature agréable. On ajoute un verre d'eau-de-vie, en mettant l'enfant dans le sain; on le couvre et on l'y laisse tant qu'il s'y trouve bien. En le retirant, on le rotte avec de la flanelle, et on l'habille chaudement.

» Après cinq ou six bains, on doit augmenter la quantité des plantes aromatiques t de l'eau-de-vie. Si les premiers produisent trop d'excitation, il faut mettre deux ju trois jours d'interruption entre chacun. »

Ventouses sèches. Le docteur Canin (2) a cité deux cas de guérison d'incontinence d'urine par l'application de plusieurs ventouses sèches au périnée. L'action le ce moyen paraît tout à fait douteuse à M. Mondière, et ce doute sera partagé par le lecteur, s'il se rappelle que l'affection a une tendance naturelle à guérir, et que, par conséquent, deux faits sont bien insuffisants pour établir l'efficacité d'un remède quelconque. Toutefois il ne faudrait pas se prononcer d'une manière rigoureuse, avant d'avoir de nouvelles observations; car, en admettant même que les ventouses n'aient aucune influence comme moyen local, on ne peut s'empêcher de reconnaître que l'appareil qu'elles exigent peut agir sur l'esprit de l'enfant, et être utile comme moyen moral peu dangereux.

Vésicatoires; moxas. Le vésicatoire a une double action: c'est d'abord un excitant puissant, et ensuite un moyen indirect que nous avons déjà jugé, puisqu'il ne consiste pas en autre chose qu'en l'influence des cantharides absorbées sur le col de la vessie. C'est à l'hypogastre qu'on l'applique principalement; si l'on veut multiplier les emplâtres, on en met d'autres sur le périnée et le sacrum. On trouve dans les auteurs d'assez nombreux exemples de l'utilité des vésicatoires; mais, ainsi que l'a recommandé M. Mondière pour les bains aromatiques, on ne devrait y avoir récours que dans le cas où l'on aurait vu échouer d'autres moyens plus prompts, plus sûrs et non douloureux: la noix vomique en particulier.

⁽¹⁾ Observations et réflexions sur les maladies des organes génito-urinaires, 4° part.; Paris, 1827.

⁽²⁾ Arch. générales de méd., 1826, t. XII, p. 618.

Quant au moxa, il doit être proscrit. C'est, en effet, un moyen douloureux et d'une action très douteuse.

Électricité. Webster et Mauduit (1) ont guéri, dit M. Mondière, des incontimeces d'urine en tirant des étincelles le long du raphé et de la symphyse du pubs Mais cet auteur fait remarquer aussi que Guersant a toujours employé l'électricite sans succès. Ce moyen a-t-il une efficacité réelle? Dans les cas où son emploi a és suivi de guérison, a-t-il agi comme excitant local ou comme moyen moral? Ce sont là des questions qu'il est impossible de résoudre, les auteurs ne nous sourne sant pas les éléments suffisants.

Sonde. Je place parmi les moyens externes l'emploi de la sonde, qui agit directment sur le col de la vessie. Goulard l'avait déjà proposé; mais c'est le docter Samuel Lair (2) qui a le plus insisté sur son efficacité. Ce médecin a cité trois ce dans lesquels cette pratique a été suivie de succès; mais il faut remarquer que dans ce cas, la sonde fut enduite de teinture de cantharides, et que, par consquent, la médication fut complexe. Les faits rapportés par MM. Baudelocque et Mondière sont, au contraire, très simples. Ces médecins se sont contentés, en est d'introduire une sonde, et d'exercer, par de petits mouvements de va-et-vient et de circumduction, des frictions légères sur la région prostatique de l'urêtre et su le col de la vessie. L'emploi de ce moyen a été suivi de succès; mais on voit, dans le cas observé par M. Mondière, que l'action de la sonde n'est pas très prompt, et n'empêche pas des récidives plus ou moins nombreuses. Si l'on veut emplore le procédé de M. Lair, il faut faire en sorte de n'agir que sur la région prostatique et sur le col de la vessie; chez la femme, au contraire, il faut irriter tout le cant

On doit conclure de ce qui précède, que l'usage de la sonde est loin d'être sur avantages, qu'il n'est pas nécessaire, au moins dans les cas ordinaires, d'enduir l'instrument de teinture de cantharides, et ensin qu'il ne saut y avoir recours qu'i-près avoir mis en usage les principaux moyens internes, et en première ligne la pout vomique.

Instruments pour intercepter le cours de l'urine. Je n'ai qu'un mot à dire su ces moyens. Il est évident que, chez les vieillards du sexe masculin, qui ont une incontinence d'urine permanente ou complète, les instruments de ce genre ne du vent pas être appliqués; on se borne à leur faire porter un urinal en gomme élassique, où l'urine s'écoule goutte à goutte. Chez les femmes, « on peut, dit Boyer, intercepter le passage de l'urine, en comprimant l'urêtre contre la symphyse des pubis, au moyen d'un bouton mollet en gomme élastique appliqué sur la parte antérieure de la paroi inférieure du vagin. Ce bouton est placé à l'extrémité d'une tige élastique courbée, assujettie supérieurement au milieu d'une plaque fixée d'une manière invariable sur les pubis, par le moyen d'une ceinture. » En pareil cas, ce moyens mécaniques ne peuvent être que palliatifs.

Mais on en a mis d'autres en usage dans l'incontinence d'urine intermittente a nocturne, et dans un but curatif. C'est ainsi qu'on a imaginé la compression de l'urêtre par divers procédés, et entre autres par l'application du bandage à crimaillère, ou constricteur de la verge. Mais aujourd'hui on a renoncé généralement à ces moyens qui sont gênants, douloureux, et peuvent être dangereux. Si

⁽¹⁾ Bonneroy, De l'applic. de l'électr. à l'art de guérir; Lyon, 1782.

²⁾ Acud. de méd., 24 août 1826.

toutesois, par un motif quelconque, on se trouvait porté à y avoir recours, on ne levrait exercer la compression de l'urêtre que directement sous les pubis, ainsi que le recommande M. Mondière.

M. le docteur Chambers (1) a réussi à arrêter une incontinence d'urine en cautérisant avec le nitrate d'argent le méat urinaire chez une jeune sille de seize ans traitée infructueusement par les cantharides, le chlorure de ser, et les douches lroides vers les organes génitaux. On a vu plus haut que beaucoup d'autres moyens essicaces auraient pu être employés avant d'en venir à cette cautérisation douloureuse, dont le praticien doit néanmoins connaître les essets pour les cas extrêmes.

Tels sont les moyens dirigés contre cette affection incommode et dégoûtante, mais non dangereuse par elle-même. Je n'ai pas besoin de répéter que, dans l'état actuel de la science, c'est l'emploi de la noix vomique, et de la belladone qui doit avoir principalement la confiance du praticien.

L'urine, en séjournant sur la peau des cuisses et du périnée, produit une irritation facheuse. Pour combattre et empêcher cette irritation, M. Maurat (2) a eu recours avec succès au mélange snivant :

Enduisez les parties en contact avec l'urine. Saupoudrez les parties déclives où la pâte ne tiendrait pas, avec de la dextrine sur laquelle vous l'étalerez ensuite.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° Moyens moraux; 2° Médication interne. Belladone; toniques, serrugineux; cantharides; noix vomique; moyens divers. 3° Médication externe: Application de l'eau sroide, bains froids, bains de mer; bains aromatiques; vésicatoires; moxas; électricité; sonde; instruments pour arrêter le cours de l'urine; cautérisation du canal.

ARTICLE VI.

PARALYSIE DE LA VESSIE ET RÉTENTION D'URINE.

Les causes qui peuvent déterminer la rétention d'urine dans la vessie sont nombreuses; mais c'est encore dans les traités de chirurgie qu'il faut chercher la description des maladies dans lesquelles se produit cette rétention et des moyens propres à y remédier. Il est, en effet, nécessaire que nous nous tracions des limites, autrement il n'y aurait plus de distinction certaine entre un grand nombre d'affections chirurgicales et médicales, et peut-être a-t-on eu toujours trop de tendance à empiéter de part et d'autre. Je me bornerai donc ici à dire quelques mots de la paralysie de la vessie et de la rétention d'urine qui en est la suite.

Mais avant d'entrer dans les détails, je dois examiner une question préalable. Personne n'a prétendu, on le pense bien, que la paralysie de la vessie ne suffise pas pour déterminer la rétention d'urine. Les circonstances si communes dans les-

⁽¹⁾ The Lancet, et Annales de Roulers, 1re livr., 1849.

⁽²⁾ Revue méd.-chir. de Paris, mars 1847.

quelles ce fait se produit, comme les affections cérébrales, les lésions de la mode épinière, ont fait de tout temps reconnaître que, par suite de ces lésions, les fibre musculaires de la vessie, ne recevant plus l'influence nerveuse, cessant de se contracter, ne peuvent plus chasser le liquide, qui s'accumule dans l'organe et à distend souvent très considérablement. Mais dans ces derniers temps ou s'est demandé si cette paralysie de la vessie peut avoir lieu primitivement, sans lésse antérieure d'un autre organe; en d'autres termes, s'il peut exister une paralysie essentielle de cet organe. Cette question est très importante pour nous, car c'es précisément cette paralysie essentielle que nous avons le plus d'intérêt à étudie Celle qui est la suite d'affections du cerveau, de la moelle épinière, etc., doit, a effet, trouver sa place dans la description de ces maladies dont elle n'est qu'un ple nomène secondaire, quelque importance qu'elle puisse avoir d'ailleurs.

§ I. — Définition; frequence.

Ce n'est, je le répète, que dans ces dernières années qu'on a élevé des doute sur l'existence de la paralysie essentielle de la vessie; aussi tous les auteurs, avait MM. Leroy (d'Étiolles) et Mercier (1), ont-ils regardé cette paralysie comme une de causes les plus fréquentes de la rétention d'urine chez les vieillards. Mais ces daniers, s'appuyant sur un très grand nombre de faits, ont cherché à établir, non sulement que, dans beaucoup de cas, on avait méconnu l'existence d'une tuméfaction de la prostate formant obstacle au cours de l'urine, mais encore que la rétention de ce liquide, dans les cas où on l'a attribuée à une paralysie essentielle de la vessie, reconnaît toujours pour cause un obstacle matériel. Par là s'expliquent, suivant VI. Mercier, plusieurs particularités qu'il est autrement bien dissicile de comprendre. S cette espèce de rétention d'urine s'observe à peu près exclusivement chez les vieillards. c'est que les tumeurs de la prostate ne se montrent guère qu'à cet age; et si le semmes n'en sont presque jamais assectées, tandis que les hommes la présentent si fréquemment, c'est que l'organe qui, par sa lésion, détermine la maladie, manque entièrement chez elles, et qu'il faut le développement beaucoup plus rare d'autre obstacles pour produire cet esset.

On a fait des objections sérieuses à cette manière de voir. « Il n'est pas difficikedit M. Civiale (2), de distinguer si l'urine accumulée dans la vessie y séjourne parce qu'elle n'est point chassée, ou parce qu'un obstacle au col de l'organe la retient en paralysant les efforts d'expulsion. Il suffit pour cela d'introduire une sonde ordinaire dans la vessie, le malade étant couché sur le dos. Si le viscère se contracte le liquide est projeté avec force jusqu'à la dernière goutte; seulement, vers la fin. le jet s'étend moins loin. Dans le cas, au contraîre, où la vessie a perdu sa puissance expulsive en totalité eu en partie, il n'y a de projetées que les premières colonnes du liquide qui la surdistendait, et dès que l'élasticité a produit son effet. l'urine ne coule plus qu'en bavant d'une manière fort lente. Si l'on appaie sur l'hypogastre, ou qu'on engage le malade à pousser, à tousser, il se forme un jet, mais qui cesse aussitôt que la puissance accessoire n'agit plus. Pour vider entièrement la vessie, il faut exercer des frictions répétées sur l'hypogastre et engage?

⁽¹⁾ Rech. sur une caus. fréq. et peu connue de rel. d'urine; Paris, 1844.

⁽²⁾ Traité pratique sur les maladies des organes génilo-urinaires; Paris, 1850.

malade à pousser longtemps. Cette expérience peut être répétée tous les jours, celle prouve incontestablement que le viscère ne se contracte point.

On ne peut, en esset, se resuser à admettre, dans des cas semblables, la parasie de la vessie, et c'est ce qui m'engage à en donner la description. Toutes il
erait injuste de ne pas reconnaître que MM. Leroy (d'Etiolles) et Mercier ont, par
eurs intéressantes observations, porté un jour nouveau sur l'histoire de la rétention
l'urine, et que si quelques cas ne reconnaissent pas pour cause les altérations de
a prostate qu'ils ont si bien décrites, il n'en est pas moins vrai qu'ils ont fait
cesser l'erreur généralement commise dans un très grand nombre de cas, et
ndiqué le véritable traitement à suivre dans beaucoup de circonstances où l'on se
pornait à combattre une paralysie qui n'existait pas, méconnaissant l'obstacle maériel qui s'opposait à l'excrétion urinaire. Mais je n'ai pas à m'occuper ici de ces
rétentions d'urine par obstacle mécanique, et je dois décrire rapidement celle
qui a la paralysie pour cause, quelles que soient la fréquence ou la rareté de cette
assection.

§ II. — Causes.

« Cette paralysie, commune, dit Boyer (1), chez les personnes avancées en âge, peut survenir à toutes les époques de la vie, à la suite d'une affection du cerveau, d'une commotion, d'une distension violente ou de la compression de la moelle de l'épine, de l'allongement forcé des fibres de la vessie, de l'inflammation de ce viscère, d'une métastase rhumatismale, goutteuse, dartreuse, psorique ou autres sur ces parois; mais ses causes les plus ordinaires sont la débauche et la vieillesse. » Si j'ai cité ce passage, ce n'est pas que je pense qu'il faille admettre sans contestation l'existence de ces causes. On ne tarde pas, en effet, à s'assurer que les assertions émises par Boyer, et qui sont l'expression des opinions admises jusqu'à lui sur ce point, n'ont pas toute la valeur désirable et ne paraissent pas fondées sur des faits bien positifs.

D'abord, au point de vue où nous nous sommes placé, nous ne devons pas tenir compte des altérations des centres nerveux. Quant à l'inflammation de la vessie, c'est dans un des articles précédents que nous avons dû nous en occuper; et pour ce qui concerne les diverses métastases admises par Boyer, nous devons dire qu'il n'existe pas dans la science de preuves suffisantes. Il faut peut-être faire une exception pour le rhumatisme; mais c'est une question que j'examinerai quand il s'agira du rhumatisme musculaire.

Restent donc la distension forcée des fibres de la vessie, la débauche et la vieillesse. On a cité plusieurs faits qui prouvent la réalité de la première de ces causes, et le plus célèbre est celui que Boyer a emprunté à Ambroise Paré. Toute-fois il faut faire à ce sujet une remarque : si, par suite de la distension sorcée de la vessie, on n'observe autre chose que l'impossibilité actuelle qu'éprouve cet organe à se débarrasser du liquide accumulé, et s'il suffit d'un premier cathétérisme pour lui rendre son ressort, on ne peut guère admettre qu'il y ait eu paralysie dans l'acception propre du mot; il a existé tout simplement un obstacle matériel à la libre contraction des sibres, qui s'est exercée dès que cet obstacle a

⁽¹⁾ Trait. des malad. chirurgicales, 4º éd., t. IX, p. 169.

été levé. Mais on a vu quelquesois le ressort de la vessie aboli pendant un temps pins ou moins long après l'évacuation de l'urine, et, en pareil cas, on ne peut nix l'existence d'une véritable paralysie par cause mécanique.

Quant à la débauche, à la masturbation, aux excès vénériens de tout gente. les faits sont moins concluants. On a, en esset, négligé de tenir compte de beaucoup de circonstances, comme des maladies syphilitiques, des rétrécissements, des tumésactions de la prostate, et l'on a bien souvent attribué à une paralyse essentielle de la vessie la rétention d'urine déterminée par ces diverses cause. Presque tout reste donc à faire sur ce point important.

"La paralysie de la vessie, dit Boyer, est si commune chez les vieillards, qua l'on a classé la rétention d'urine qui en résulte parmi les maladies attachées à vieillesse. Cependaut tous les vieillards n'y sont pas également exposés. El attaque particulièrement ceux qui sont d'un tempérament lymphatique, les pasonnes replètes, sédentaires, les gens de cabinet, les joueurs, les enfants de à joie, comme le dit J.-L. Petit, qui ne s'ennuient point à table; ceux qui, par paresse, par négligence ou par vivacité, ne se donnent pas le temps de versijusqu'à la dernière goutte de leur urine; enfin ceux qui pissent la nuit couche sur le côté, au lieu de se lever ou de se mettre à genoux sur leur lit. • On par dire qu'il n'est pas une seule de ces propositions qui puisse être acceptée sans de nouvelles recherches, et l'on doit regarder ce point d'étiologie comme un de cen que l'observation est le plus particulièrement appelée à éclairer.

§ III. — Symptômes.

Saus les cas où la paralysie de la vessie est causée par la distension sorcée de se fibres, cette affection, et la rétention d'urine, qui en est la conséquence, comme cent d'une manière presque insensible, de telle sorte que, pendant un temps avec long, le malade peut ne s'en apercevoir en aucune manière. Ce n'est d'abord qu'une simple paresse de cet organe. Le besoin d'uriner se fait sentir moins sréquemment et l'on reste quelque temps avant de pouvoir le satisfaire.

A une époque plus ou moins éloignée du début, suivant les cas, le besoin d'unner ne se fait plus sentir que lorsque la distension de la vessie est portée au pous de causer une véritable douleur, et plus tard, ensin, le liquide s'accumule pouvoir être expulsé en aucune manière : la rétention est complète.

Dans les premiers temps, la contraction de la vessie suffit seule pour évacor l'urine; seulement le jet est moins fort, et les dernières gouttes surtout, loin d'êtr rejetées avec énergie, comme chez un sujet en bonne santé, tombent, pour aiss dire, par leur propre poids, et verticalement, entre les jambes du malade. A na époque plus avancée, la contraction des fibres musculaires de la vessie ne sufplus, il s'y joint des contractions plus ou moins énergiques des muscles de l'abdres, qui, ne suppléant qu'imparfaitement celles du viscère, ne produisent qu'injet faible, souvent interrompu, et laissent dans l'urêtre quelques gouttes d'antequi, n'ayant pas été expulsées, souillent ensuite les vêtements. Enfin, la maladiaisant sans cesse des progrès, les sujets restent toujours plus longtemps avant de pouvoir satisfaire le besoin d'uriner; les efforts abdominaux qu'ils font augmentes de jour en jour; ils se tiennent courbés et les jambes écartées, lorsqu'ils ventre vider leur vessie, et cependant ils n'y parviennent pas; le liquide n'est évacué qu'es

partie, le besoin d'uriner se fait sentir à des intervalles de plus en plus rapprochés, et la rétention complète de l'urine finit par se déclarer.

Lorsque la maladie est parvenue à ce degré, la distension de la vessie augmente à chaque instant, et l'on observe ce qui suit. D'abord l'assection est indolente ou n'occasionne qu'une gêne supportable; mais, quand la distension de l'organe a dépassé certaines limites, on observe ordinairement une douleur incessante, avec des exacerbations plus ou moins rapprochées.

Cet état, si l'on ne le fait pas cesser par l'introduction de la sonde, se termine par l'évacuation goutte à goutte de l'urine, sans que, pour cela, la vessie cesse d'être distendue. Il se passe alors ce qui se passerait si l'on introduisait dans un vase inerte à deux ouvertures, et déjà plein, une nouvelle quantité de liquide; le tropplein, introduit par l'une, s'échapperait par l'autre : c'est ce qu'on a nommé uriner par regorgement. Ce qu'il y a néanmoins de remarquable dans cet état, c'est que, comme l'ont noté les auteurs, l'action d'évacuer l'urine n'est pas encore complétement soustraite à la volonté, en ce seus que l'écoulement peut être suspendu pendant un certain temps; mais cette suspension ne saurait être de longue durée, parce que l'accumulation du liquide et la distension de la vessie allant toujours en augmentant, sa sortie devient bientôt nécessaire.

Je n'indique ici ni le ténesme vésical, ni la douleur excessive, ni d'autres accidents de la rétention d'urine, parce qu'ils ne se produisent que dans les cas où quelque obstacle s'oppose au regorgement, et que par conséquent les saits de ce genre dissèrent de ceux que nous étudions.

Un symptôme nécessaire, et qui est un des plus importants de cette affection, est la tumeur qui se produit à l'hypogastre, et qui résulte de la distension de la vessie. Cette tumeur est indolente dans les cas dont il s'agit ici; à peine une pression un peu forte y détermine-t-elle un peu de sensibilité. Elle n'a jamais le degré de tension et de résistance que présente la vessie distendue par suite d'une rétention d'urine complète qui reconnaît pour cause un obstacle mécanique au cours de ce liquide. On peut au contraire la déprimer avec facilité, surtout si les parois de l'abdomen sont flasques, et assez souvent la palpation, convenablement exercée, y détermine une fluctuation manifeste. Nous verrons plus loin que ces signes ont donné lieu plusieurs fois à des erreurs de diagnostic.

La vessie peut s'élever jusqu'à l'ombilic et au-dessus, et si l'on cherche à saisir la partie supérieure du viscère, en l'embrassant avec la paume de la main, après avoir fortement déprimé la paroi abdominale avec le bord cubital de cette partie, on sent une tumeur globuleuse parfaitement distincte. Cette manœuvre a en outre pour effet d'augmenter un peu la sortic de l'urine, qui a eu lieu par regorgement.

La percussion sert en outre à faire reconnaître la dilatation de la vessie par l'urine. La matité est complète au-dessus des pubis, et s'étend jusqu'à une ligne courbe qui, passant à une distance variable de l'ombilic, circonscrit les limites du viscère distendu. Au delà, le son clair rendu par les intestins, et qui se retrouve de chaque côté dans les flancs et les fosses iliaques, à moins de complication, fait reconnaître qu'il s'agit d'une tumeur ayant pour ainsi dire sa racine à la partie moyenne du bassin, et de là s'épanouissant à droite et à gauche de la ligne médiane. On a en outre trouvé, vers la limite demi-circulaire de la tumeur, le son

humorique qui résulte, comme on le sait, de la juxtaposition d'un liquide et des gaz intestinaux.

Tels sont les symptômes de la paralysie essentielle de la vessie et de la rétentie d'urine qu'elle occasionne; les accidents locaux, les troubles généraux que ceur rétention peut produire, appartiennent en propre aux cas où elle est la consiquence des divers obstacles mentionnés plus haut. Tout ce qu'il importe de des ici, c'est qu'il n'est pas rare de voir le catarrhe vésical compléter cette affection.

§ IV. - Marche; durée; terminaison de la maladie.

En traçant l'histoire des symptômes, j'ai dû suivre les divers degrés de l'affection, et par conséquent en indiquer la murche. Je me borne à rappeler que, dans la paralysie par distension forcée des fibres de la vessie, la maladie se produit braquement et ne tarde pas à disparaître, tandis que, dans les autres cas, la march est très lente, et presque toujours l'affection devient permanente. Il en résulte que la durée, qui dans le premier cas peut n'être que de quelques jours, n'a le pie souvent d'autre terme, dans le second, que la vie même des sujets.

La terminaison de la paralysie par simple distension est toujours heureus. I moins qu'il ne survienne une inflammation très aiguë qui peut causer la mon; mais les cas de ce genre sont très rares. Dans la seconde espèce de paralysie, la guérisou a été quelquesois obtenue lorsqu'on a pu traiter la maladie à une époque rapprochée du début; mais le plus souvent l'affection devient permanente, et le sujets en sont réduits à ne plus uriner qu'avec l'aide de la sonde.

S V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ne doivent pas nous arrêter longtemps. J'ai dépsignalé un certain degré de catarrhe chronique qui laisse les altérations décrite dans un des articles précédents. Par suite de la distension de la vessie, il existem amincissement de ses parois. C'est du moins ce qui a été indiqué par les auteurs et l'on n'a pas signalé l'hypertrophie qui résulte ordinairement de la dilaution des organes creux; ce qui du reste n'a rien d'étonnant, car la paralysie des sors a empêché leur réaction, qui paraît nécessaire pour la production de cette hypertrophie. Reconnaissons toutesois que les recherches sont insuffisantes à cet égard

§ VI. - Diagnostie; pronostie.

Lorsque la sortie de l'urine a lieu par regorgement, le diagnostic est des phresimples; mais on peut être appelé, et c'est même le cas le plus ordinaire, avant que cette évacuation par regorgement ait commencé, et la tumeur qui résulte de la distension de la vessie peut être prise soit pour une ascite, soit pour une tumes utérine, et principalement pour l'hydrométrie et la physométrie.

Il est une règle de pratique bien simple et qui suffit pour rendre toute errer impossible: c'est celle d'introduire une sonde dans la vessie toutes les sois qu'i peut y avoir le moindre doute sur la nature de la tumeur. Il est arrivé plusieur sois que cette introduction de la sonde, pratiquée par le chirurgien appelé pour saire la paracentèse, a sait reconnaître l'erreur et empêché une opération dout i est inutile de signaler les conséquences suuestes en pareil cas. Il vaut beaucour

mieux pratiquer inutilement le cathétérisme que de s'exposer à une méprise aussi grave.

Voici maintenant les signes auxquels on reconnaît qu'il s'agit d'une accumulation d'urine dans la vessie et non d'une ascite: dans cette dernière affection, le niveau du liquide forme aux environs de l'ombilic une courbé à concavité supérieure et au dedans de laquelle on trouve le son clair de l'intestin et de l'estomac; dans la distension de la vessie, au contraire, le niveau du liquide forme une courbe à convexité supérieure et autour de laquelle on trouve le son clair qui vient d'être indiqué; les flancs et les fosses iliaques présentent aussi ce son clair, tandis que dans l'ascite un peu considérable, la seule qui puisse donner lieu à l'erreur, ces parties donnent un son très mat à la percussion. Si, dans l'ascite, on fait changer de position au malade, le liquide se porte vers les parties déclives, et de là des changements dans le son des différentes parties, qui ont été décrits à l'article Ascite (†) et qui ne se présentent pas dans la rétention d'urine; enfin la fluctuation est bornée dans cette dernière maladie, et on ne la sent pas toujours facilement, tandis que dans l'ascite elle se fait sentir avec facilité et a lieu d'un flanc à l'autre.

La physométrie, affection très rare, ne pourrait être prise pour une rétention d'urine qu'à un examen très superficiel; il suffit, en esset, de percuter : le son est clair dans la tumeur qui caractérise cette affection, mat dans celle qui résulte de la rétention d'urine.

Il n'en est pas de même de l'hydrométrie, et l'on pourrait d'autant plus être induit en erreur, que l'utérus tumélié, pressant sur la vessie, peut rendre l'évacuation de l'urine très difficile, et que la tumeur a dans les deux cas la même situation. Celle qui est produite par l'hydrométrie est cependant plus dure, elle ne se laisse déprimer que très peu. Le toucher vaginal fait reconnaître que l'utérus est remonté dans le grand bassin, et qu'il est beaucoup plus lourd qu'à l'état normal; le toucher par le rectum fait apprécier le corps de l'utérus considérablement augmenté de volume. La fluctuation ne se produit pas dans l'hydrométrie, affection rare, comme dans la rétention d'urine par paralysie de la vessie. Enfin le cathétérisme, qu'on doit toujours pratiquer en pareil cas, ne laisse bientôt place à aucun doute.

Les mêmes remarques s'appliquent aux tumeurs de l'ovaire, qui sont souvent, en outre, inégales, qui ont une résistance variable dans les divers points de leur étendue, et qui présentent cette particularité importante que la matité se prolonge dans la fosse iliaque où elles ont pris naissance, et où, par la palpation, on sent leur racine.

Enfin il importe de s'assurer si la maladie est bien réellement une rétention d'urine par paralysie et non par un obstacle au cours des urines. Je ne mentionnerai ici qu'un seul de ces obstacles, parce que, dans les autres, l'erreur n'est point commise : c'est le gonflement de la prostate. La facilité du cathétérisme avec les sondes de toutes les courbures, et même avec la sonde droite, est remarquable dans les cas de rétention d'urine par paralysie; on sait qu'il faut, au contraire, une sonde assez fortement recourbée pour pénétrer dans la vessie, chez les sujets affectés d'un gonflement de la prostate assez considérable pour déterminer la rétention complète de l'urine, et que quelque babileté qu'ait l'opérateur, le cathétéri sine

¹⁾ Voy. plus hant cet article.

ne se fait pas sans difficulté. Les caractères indiqués par M. Civiale pour les deux ces viennent ensuite compléter ce diagnostic.

Chez quelques femmes hystériques, on observe une rétention d'urine qui exige l'emploi journalier de la sonde. On pourrait croire à une rétention par paralysie; mais, lorsqu'on sonde les malades, on s'assure que le liquide sort par jet jusqu'i la dernière goutte. Il n'y a donc pas, en pareil cas, une véritable paralysie, mais une perturbation nerveuse dont il suffira de parler à l'article Hystérie.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° Signes distinctifs de la rétention d'urine par paralysie de la vessie, et de l'hydropisie ascite.

RÉTENTION D'URINE.

Niveau du liquide formant une courbe à convexité supérieure; son clair des intestins autour de cette ligne.

Par le changement de position du malade, les rapports de la matité et de la sonorité ne changent pas notablement.

Fluctuation limitée; moins facile à produire.

ASCITE.

Niveau du liquide formant une courbe se concavité supérieure; son clair des intestinau dedans de cette ligne.

Par le changement de position du males. on sait varier le niveau du liquide; la mate se porte vers les parties déclives, et la sur rité gagne les parties supérieures.

Fluctuation d'un flanc à l'autre très saic à produire (1).

2º Signes distinctifs de la rétention d'urine et de la physométrie.

RÉTENTION D'URINE.

Son mat de la tumeur. Maladie fréquente. PHYSOMÉTRIE.

Son clair de la tumeur. Maladie fort rare.

3" Signes distinctifs de la rétention d'urine, suite de paralysie, et de l'hydrométrie.

RÉTENTION D'URINE.

Tumeur plus molle, plus facile à déprimer. Par le toucher vaginal, on constate l'état normal de l'utérus.

Par le toucher rectal, on constate le volume normal de l'utérus.

BYDROMÉTRIE.

Tumeur plus serme, plus résistante.

Par le toucher vaginal, on constate serme sion du col et la pesanteur du corps de serve.

Par le toucher rectal, on constate l'estmentation considérable de volume du corps de l'utérus.

Il faut répéter ici que, dans tous les cas, le cathétérisme, dont les résultats sur concluants, doit être pratiqué.

4° Signes distinctifs de la rétention d'urine par paralysie de la vessie, et de la rétention causée par le gonflement de la prostate.

RÉTENTION D'URINE PAR PARALYSIF.

Cathétérisme facile avec les sondes de toutes les courbures.

Après l'introduction de la sonde, les premières colonnes du liquide sont seules projetées : le reste s'éroule en bayant.

La contraction des muscles abdominaux ou la pression sur le ventre produisent un jet qui s'arrête dès que ces actions cessent. RÉTENTION D'URINE SUITE DE TURES DE U. PROSTATE.

Cathétérisme exigeant une sonde des assez forte courbure, et présentant une artaine difficulté.

Après l'introduction de la sonde, le liquit est projeté jusqu'à la fin; les derniere relonnes seulement sont projetées moins lus

La contraction des muscles abdomisses « la pression sur le ventre sont inutiles.

(1) On n'oublie pas qu'il ne s'agit que de l'ascite un pen considérable, qui seule peut être se sont la maladie décrite dans cet article.

Pronostic. Le pronostic est généralement favorable dans les cas où la paralysie de la vessie est la suite de la distension forcée de ses fibres; le développement d'une inflammation un peu intense offre seul quelque danger. Dans les autres cas, le pronostic est d'autant plus fâcheux que la maladie est plus avancée. A une époque rapprochée du début, on peut, en effet, espérer d'obtenir la guérison de la maladie, comme on va le voir quand j'exposerai le traitement, tandis que, plus tard, on a tout lieu de craindre qu'elle ne se prolonge aussi longtemps que la vie du malade.

§ VII. - Traitement.

- « On peut, dit Boyer, prévenir cette espèce de paralysie, et même la guérir, lorsqu'elle est commençante, ou que la vessie n'est encore qu'affaiblie. Il suffit souvent, pour relever l'action de ce viscère, d'appliquer un corps froid, soit sur la région hypogastrique, soit sur les cuisses. J.-L. Petit a quelquefois réussi, en jetant de l'eau sur le visage, en faisant mettre les mains dans un seau d'eau de puits, à faire uriner des personnes qui en avaient envie et qui ne pouvaient y satisfaire. Fondé sur ce que le besoin d'uriner prend en passant d'un lieu chaud dans un lieu frais, il a conseillé à des malades qui avaient une rétention incomplète par paresse de la vessie, de pisser dans un lieu frais, d'approcher le pot de chambre de leurs cuisses et du scrotum. Ces malades, dont la vessie ne jouissait pas d'une contractilité suffisante pour expulser la totalité de l'urine, croyant avoir tout uriné, ont rendu encore plus ou moins d'urine qui, sans précautions, serait restée dans ce viscère....
 - » Les malades doivent observer avec soin de ne point uriner étant couchés, de pisser debout ou à genoux, et surtout de ne point résister à la première envie d'uriner. Ceux qui ont le sommeil très profond doivent se faire éveiller de trois en trois heures pour uriner...
 - » Cathétérisme. Mais tous ces moyens, ajoute l'auteur que je viens de citer, sont insuffisants lorsque la rétention est complète, et l'on n'a de ressource pour donner issue à l'urine que dans l'introduction de la sonde. Les boissons diurétiques, dont quelques médecins gorgent les malades dans ce cas, ne servent qu'à aggraver la maladie, en augmentant l'afflux d'une grande quantité d'urine dans la vessie. Lorsque la maladie a duré quelque temps, et quelquesois même dès le premier jour, il survient de la douleur à la région de la vessie, de la sièvre et d'autres symptômes d'inflammation qui en imposent aux gens sans expérience et leur sont méconnaître le véritable caractère de la maladie (1). Alors, au lieu de débarrasser promptement la vessie de l'urine qui la distend, ils prodiguent les saignées locales et générales, les bains, les cataplasmes, les somentations, les lavements... et ne se déterminent à l'introduction de la sonde qu'après avoir employé tous ces moyens inutilement pendant plusieurs jours. Une pareille conduite n'a pas seulement l'in-

⁽¹⁾ Je n'ai pas cru devoir supprimer ces considérations pratiques présentées par Boyer, parce que, bien que l'exploration de l'hypogastre, perfectionnée dans ces derniers temps, et telle que je l'ai décrite plus haut, soit suffisante pour faire éviter les méprises, on ne saurait s'environner de trop de précautions lorsqu'il s'agit d'une affection qui, faute d'être bien traitée, peut devènir extrémement grave. J'ajoute néanmoins que Boyer n'ayant pas, ainsi que nous l'avous vu plus haut, distingué d'une manière assez rigoureuse la rétention d'urine par paralysie, de la rétention par suite du gonfiement de la prostate, a peut-être exagéré un peu les dangers de la première.

convénient de prolonger les souffrances des malades; elle contribue encore a rendre la maladic incurable, en exposant les parois de la vessie à une distension excessive. On sait que cette distension est capable seule de produire la paralysie de cet organe; à plus forte raison elle doit l'augmenter lorsque cette paralysie existe déjà...

- » On ne saurait donc avoir recours trop tôt à la sonde dans la rétention d'urior causée par la paralysie de la vessie. Cet instrument pénètre d'autant plus facilement, que, pour l'ordinaire, l'urêtre est alors fort large; mais comme, chez les vieillards, les parois de ce canal sont dans une espèce de flaccidité, une grosse sonde entre plus facilement et cause moins de douleur qu'une sonde d'un petit diamètre. Un peut se servir d'une algalie d'argent ou d'une sonde de gomme élastique: cette dernière est préférable, parce qu'il faut la laisser dans la vessie, pour empêcher que l'urine ne s'y amasse de nouveau, ce qui ne manquerait pas d'arriver si l'on discontinuait l'usage de la sonde. Quelques uns croient qu'il vaut mieux la passer chaque fois que le malade a besoin d'uriner; mais ce besoin se renouvelle si souvent, qu'il serait à craindre que l'urêtre ne se fatiguât ou que le chirurgien ne put donner au malade les soins assidus que son état exige...
- » Lorsque (continue cet auteur, auquel je dois emprunter ces détails parce qu'il a exposé le traitement avec tont le soin désirable) la sonde est placée dans la vesur et sixée..., si la région de ce viscère est douloureuse, s'il y a de la sièvre, on sau tre saignée du brus; dans tous les cas, on prescrit les boissons délayantes, rastrai-chissantes et légèrement diurétiques. On débarrasse le gros intestin au moyen de lavements, et l'on règle le régime du malade d'une manière relative à la situation ou il se trouve.
- heures, suivant qu'elles sont plus ou moins abondantes et que le besoin de les remdre est plus ou moins pressant. Il ne faut pas cependant attendre toujours cet avertissement, parce que la vessie, étant en général moins sensible alors que dans l'état naturel, se laisse quelquesois distendre outre mesure avant de saire naître l'envie d'uriner, et sa distension sorcée l'empêche de reprandre sa contractilité. On retire la sande tous les dix, douze ou quinze jours pour la nettoyer et pour prévenir son incrustation. Lorsqu'on s'aperçoit que la surface commence à perdre son poli et à devenir raboteuse, on lui en substitue une autre. »

Boyer ajoute que si l'introduction de la sonde est impossible, on ne doit pas bésiter à pratiquer la ponction de la vessie, et il dit même que la seule sois qu'il ait eu occasion de saire cette opération, c'est dans un cas de rétention d'urine par paralysie de la vessie. Mais on a élevé des doutes sur la nature de la maladie en parent cas, et avec raison, car comment concevoir que la sonde ne puisse pas pénétrer s'ai n'y a pas un obstacle qui l'arrête dans l'étendue du canal? Tout porte à croire qu'il s'agissait d'une rétention d'urine causée par une tumeur de la prostate, affection que; comme nous l'avons vu plus haut, Boyer n'avait pas appris à distinguer suffisamment de la rétention par paralysie. Les détails du fait viennent d'ailleurs a l'appui de cette opinion, car l'obstacle et la douleur existaient à la région prostatique.

Électricité. M. Michon (1) a cité des cas dans lesquels la paralysie de la vessie.

(1) Séances de la Soc. de chirurgie, 11 avril 1849.

se compliquant d'un certain degré de paralysie du rectum, a cédé promptement à l'emploi de l'électricité. Il s'est assuré que, dans certains cas, on ne pouvait, en aucune manière, rapporter la paralysie à une simple distension de la vessie par l'urine:

M. Monod (1) a cité un cas de paralysie de la vessie survenue après une tentative d'asphyxie par le charbon, et dans laquelle la galvanisation urétro-vésicale a eu un plein succès.

Applications froides. M. J.-J. Cazenave, de Bordeaux (2), a réussi à rétablir le cours des urines dans six cas de rétention sur dix ayant des causes diverses, en employant les moyens suivants:

« Lorsque, dit-il, je suis appelé chez un sujet qui a une rétention d'urine complète ou incomplète (ischurie ou strangurie), je sais vider immédiatement le gros intestin avec un demi-lavement huileux, et quelquesois purgatif, s'il existe une constipation habituelle, ou s'il n'y a pas eu de garde-robes depuis quinze ou dixhuit heures. Quand ce lavement est rendu, j'en fais servir un second, mais un quart seulement et à l'eau froide. Puis je prescris le repos absolu dans le lit, et fais placer autour de la verge, sur le périnée, sur les cuisses, à l'anus et à l'hypogastre, des compresses imprégnées d'eau froide, mais mieux des vessies de cochon remplies au quart d'eau à la glace, ou de la glace grossièrement concassée. Si, après une demi-heure d'attente, le malade n'urine pas ou n'urine que très peu, je le fais placer sur le bord de son lit, garni d'une alèze en taffetas ciré, et lui sais servir de petites douches ascendantes froides et à jet continu pendant vingt à vingt-cinq minutes. Après cet espace de temps, je fais administrer un autre quart de lavement, et introduis moi-même, dans le rectum, de petits morceaux de glace à surfaces lisses et non blessants. D'un autre côté, je continue les applications réfrigérantes sur les parties indiquées plus haut. »

Grandes ventouses. M. le docteur Van der Broeck (3) a rapporté douze cas dans lesquels il est parvenu neuf sois à provoquer l'émission des urines sans le secours de la sonde, dans les cas d'affections cérébrales simples ou compliquées, en appliquant de grandes ventouses à la partié supérieure ou interne des cuisses. On peut essayer ce moyen dans tous les cas de rétention par simple distension.

Seigle ergoté. M. Allier (de Marcigny) (4) a cité des saits en saveur de l'utilité de l'ergot de seigle, même dans des cas où la rétention d'urine est due à une hémorrhagie cérébrale, et lorsque cette médication n'avait aucune insluence sur la paralysie des membres concomitante. Il a donné le seigle ergoté à doses fractionnées et rapprochées, et en a porté la quantité jusqu'à 4 et 5 grammes par jour.

M. le docteur Duhamel (5) a réussi, dans un cas de rétention par inertie de la vessie, à rétablir le cours de l'urine, en administrant cette substance à la dose de 4 grammes par jour. M. le docteur Sainmont, de Rocroy (6), a rapporté un cas qui vient aussi à l'appui des observations de M. Allier.

Pour compléter ce traitement, il sussit de rappeler en peu de mots ce qui a été dit à propos de l'incontinence d'urine; car, ainsi que je l'ai sait remarquer plusieurs

⁽¹⁾ Gaz. méd. des hop., 1849.

⁽²⁾ Union médicale, 19 juillet 1849.

⁽³⁾ Voy. Rerue méd.-chir. de Paris, janvier 1848.

⁽⁴⁾ Bulletin de l'Ac. de méd., juin 1848, t. XIII, p. 1132.

⁽⁵⁾ The New-York Journ., et Journ. des conn. med.-chir., janvier 1846.

⁽⁶⁾ Gaz. des hop., 15 juillet 1844.

fois dans l'article consacré à cette dernière affection, l'incontinence d'urine par regorgement a été confondue par beaucoup d'auteurs, dans un même trairement, avec l'incontinence incomplète. Nous retrouvons donc ici d'abord les catharides que Kopp a données avec succès dans un cas, de la manière suivante:

7 Teinture de scille...... 8 gram. | Teinture de haume du Pérou. 8 gram. Dose : Vingt-quatre gouttes dans du vin, quatre fois par jour.

Puis il faut citer la noix vomique, la strychnine, données comme nous l'avon dit plus haut (1), les toniques, les ferrugineux, le pétrole, la créosote, etc. Le détails dans lequels je suis entré à propos de l'incontinence d'urine-paraîtront sufsants, car ils s'appliquent parfaitement à la paralysie de la vessie.

Comme l'affection dont il s'agit ici se complique assez fréquemment de catar de la vessie, on a encore conseillé les moyens mis en usage dans cette derne maladie, comme les injections d'eaux sulfureuses ou toniques, etc., les divetiques, en un mot les divers agents thérapeutiques qui ont été exposés avec de dans l'article consacré à la Cystite chronique, et sur lesquels je n'aurais neu ajouter d'important.

Le traitement que je viens de présenter est dirigé contre la paralysie chronique de la vessie et contre la rétention d'urine qui en est la conséquence. Quez: à la paralysie par distension forcée des fibres de l'organe, elle n'exige guère que l'emploi de la sonde; le développement seul d'une inflammation exigerait que ques moyens particuliers, qui ne sont autres que ceux que j'ai indiqués à l'artice Cystite aigué.

RÉSUME SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Dans les premiers temps, action du froid sur le corps, pour provoquer et favriser l'expulsion de l'urine; conseiller d'uriner dès que le besoin s'en fait sents. Plus tard, cathétérisme; boissons délayantes, légers diurétiques; électraté; grandes ventouses; seigle ergoté; moyens contre la paralysie de la vessie 2 moyens contre le catarrhe vésical (3).

ARTICLE VII.

NÉVRALGIE DE LA VESSIE.

La névralgie de la vessie, ou cystalgie, est une affection qui n'a été décrite que dans ces dernières années, et encore ne l'a-t-elle été qu'à l'occasion de la névralez de l'anus, dont elle a été regardée par quelques uns comme la conséquence, et par M. Velpeau (4) comme le point de départ. Les observations que possède la scient sur ce sujet, et surtout celles de M. Campaignac (5), offrent un grand intérêt cependant il est à désirer que de nouveaux exemples soient étudiés et les lato recueillis avec grand soin, car il reste un bon nombre de points que l'observation n'a pas encore suffisamment éclairés.

- (1) Voy. Incontinence d'urine.
- (2) Voy. Incontinence d'urine.
- (3) Voy. l'article consacré à cette affection.
- (4) Dict. de méd., ou Répert. gén. des sc. méd., t. 111, p. 282.
- (5) Journ. hebdomadaire de médecine, 1. 11, p. 396.

§ I. — Définition; synonymie; fréquence.

La névralgie de la vessie est une affection caractérisée par des douleurs vésicales sans lésion anatomique appréciable. Sans être très rare, elle n'est pas fréquente. La description des symptômes que je vais présenter rapidement fera sans doute penser, avec M. Velpeau, que la maladie a son siège primitif au col de la vessie, ou plutôt que la douleur, qui en est le principal et presque l'unique caractère, occupe le plexus nerveux qui se rend au col de la vessie et à la partie inférieure du rectum, et que par conséquent c'est une affection dont le siège est presque nécessairement multiple ou le devient tôt ou tard. Aussi voyons-nous les auteurs décrire en même temps la névralgie de la vessie et la névralgie de l'anus, et peut-être devrait-on lui donner le nom de névralgie ano-vésicale.

§ II. - Causes.

Les causes de cette affection ne nous sont pas connues, ainsi que le fait remarquer M. Velpeau; mais il est permis de croire qu'un examen plus attentif, une analyse plus exacte des faits, amèneraient à quelques résultats étiologiques précieux à connaître. Cet auteur se borne à ajouter que cette maladie lui paraît dépendre fréquemment d'un état hémorrhoïdaire de la fin du rectum.

S III. - Symptômes.

D'après les faits recueillis par les auteurs (1), la maladie commence par des douleurs de l'anus et des phénomènes que M. Velpeau décrit de la manière suivante: « Le fondement, dit-il, devient le siège de douleurs lancinantes, en apparence très superficielles, et qui font redouter au malade la moindre pression. Assez souvent ces douleurs reviennent par accès, tantôt brusquement, d'autres fois avec quelque lenteur, en laissant le sujet tout à fait libre dans l'intervalle; il arrive aussi cependant qu'elles restent continues, avec quelques exacerbations.

» Chez certaines personnes, l'anus semble se contracter avec force par moments, et se relacher bientôt après. Dans d'autres cas, il s'entrouvre, au contraire, d'une manière évidente, au point d'amener des garde-robes involontaires. »

Si déjà, dès le début, la vessie ne participait pas à cet état morbide, elle ne tarde pas à être envahie, et voici encore comment l'auteur que je viens de citer décrit les symptômes qu'on observe du côté de ce viscère; ce résumé est ce qu'on peut présenter de plus exact dans l'état actuel de la science: « Le col de la vessie, dit M. Velpeau, ne tarde pas à se prendre, et la plupart des signes rationnels de la pierre en sont promptement la suite. J'ai vu tailler trois sujets sur de tels indices, un en province et deux à Paris, quoi qu'ils n'eussent pas de calculs.

- » Les besoins d'uriner sont pressants, les douleurs vives du côté de la prostate. Le liquide s'arrête parfois au milieu de l'excrétion, pour repartir un instant après. Les souffrances augmentent quand le malade est échaussé ou satigué.
- * Le cathétérisme, ordinairement fort douloureux, cause un sentiment de brûlure remarquable; mais l'instrument une sois arrivé dans le réservoir de l'urine, les douleurs se calment, dans certains cas, comme par enchantement.

⁽¹⁾ ULLMANN, Encyc. IV vert. des med. IV issensch, t. 1, et Campaignac, loc. cil.

» Les urines sont le plus souvent limpides, quelquefois glaireuses ou sanguinelentes. »

Telle est la description qu'il nous est permis de donner de cet état morbide que, par la violence des douleurs et par sa ténacité, constitue une maladie parfois sérieuse. On n'a pas, comme on le voit, cherché à constater le point de départ précis de ces douleurs, et l'on n'a pas recherché convenablement s'il existe d'autres douleurs dans les parties environnantes, et en particulier aux lombes, à l'hypogastre et le long de la crête de l'os des iles. Je ne peux aussi m'empêcher de faire une remarque relativement aux urines glaireuses et sanguinolentes. Doit-on, en pareil cas, regarder la maladie comme étant dans un parfait état de simplicité? C'est ce dont ce peut douter quand on se rappelle ce qui se passe dans les autres névralgies ou un céralgies. Quelquefois dans les premières, et souvent dans les dernières, la sécretion des organes affectés se trouve augmentée, mais non altérée, en sorte que l'on peut, à la rigueur, admettre l'existence des urines glaireuses dans une simpnévralgie, il n'est pas permis de le faire pour les urines sanguinolentes.

§ IV. — Marche; durée; terminaison.

Nous avons vu plus haut que les accès de douleurs se reproduisent à des intervalles irréguliers. La marche de la maladie est donc la même que celle des noir de gies proprement dites, qui seront étudiées plus loin. Quant à la durée, il ca impossible de l'indiquer d'une manière précise. C'est, dit M. Velpeau, un mai qui s'use avec le temps. Nous allons voir tout à l'heure ce que peut le traitement pour abréger cette durée. Du reste, il résulte de ce que je viens de dire, que la terminaison par la guérison peut être regardée comme constante.

§ V. — Lésions anatomiques.

L'absence de toute lésion anatomique est un caractère qui, pour être négatif. n'en est pas moins très important, puisqu'il nous fait connaître la nature de la maladie. « On ne voit dans les parties, dit encore M. Velpeau, ni rougeur, ni gorflement, ni la plus légère trace d'altération. » Et plus loin : « On ne trouve m calcul ni coarctation ; en un mot, rien de matériel dans la vessie, l'urêtre en prostate. »

§ VI. - Diagnoctic.

Ce que je viens de dire de l'absence de toute lésion anatomique mérite d'Am rappelé relativement au diagnostic; car c'est par là, je le répète, qu'on s'assurqu'il est réellement question d'une névralgie. La marche de la maladie vient encar nous éclairer sur ce point, ainsi que la limpidité des urines.

§ VII. - Traitement.

Nous avons vu plus haut que le cathétérisme, après avoir causé une vive doukur. est suivi ordinairement d'un soulagement des plus marqués. Cette considération a engagé à mettre en usage l'introduction de la sonde comme moyen curatif, d'M. Cheneau, cité par M. Campaignac, a rapporté un cas dans lequel le cathétérisme répété a été suivi d'une guérison complète.

Tous les auteurs ont remarqué un fait qui a parn curieux, c'est que le sujets taillés par méprisc pour une simple névralgie de la vessie ont parfaitement

uéri et de l'opération et de la névralgie; mais ce sait rentre dans la règle générale ue j'ai établie d'après l'observation. J'ai constaté, en esset, que tous les moyens nérapeutiques qui irritent violemment ou qui enslamment les parties assectées de ouleurs nerveuses ont des résultats avantageux : tels sont le vésicatoire, la cau-irisation, l'incision. L'opération de la taille agit évidemment dans ce cas comme es moyens dirigés contre les névralgies. Il n'est toutesois pas besoin d'ajouter que, salgré l'innocuité qu'elle a présentée dans les cas indiqués, on ne saurait penser à ratiquer une opération aussi grave pour une simple affection douloureuse.

M. Velpeau a vu, chez un sujet, les accidents se calmer à la suite de l'introduction ans le rectum de mèches enduites d'une pommade où entraient de la belladone et e l'extrait d'opium; mais chez un autre, placé dans des circonstances semblables, même moyen a été employé sans aucun succès. On pourra donc y avoir recours, sais sans compter beaucoup sur son efficacité.

Les pilules de Méglin ont été prescrites par le même praticien; mais leur esset été trop incertain pour qu'on puisse leur accorder une grande importance dans assection dont il s'agit ici.

On recommande en outre les mèches enduites d'onguent populéum, les lavements audanisés, ou, au contraire, les lavements laxatifs et les lègers purgatifs dans es cas de constipation, les bains généraux ou les bains de siège, les narcotiques à intérieur, les antispasmodiques, l'eau de chaux, etc. On comprend pourquoi je ne borne à une simple indication de ces moyens: d'un côté, nous n'en connaisons que très imparfaitement les essets, et, de l'autre, on voit un certain nombre de as se montrer si rebelles à tous les traitements de ce genre, que, suivant une expression de M. Velpeau qu'il faut répéter ici, le mal (inutilement traité) s'use avec e temps. On trouvera, au reste, dans l'article sur les névralgies, un bon nombre le moyens applicables à la cystalgie.

CHAPITRE VI.

MALADIES DE LA PROSTATE ET DES VÉSICULES SÉMINALES.

Parmi les maladies qui ont pour siége la prostate et les vésicules séminales, il l'en est qu'une seule qui puisse être considérée comme étant du ressort de la pathologie interne aussi bien que de la pathologie externe : c'est la spermatorrhée. L'est aussi la seule dont je vais m'occuper ici. Mais je dois auparavant entrer dans juelques explications qui me paraissent indispensables.

Il y a quelques années, j'ai en à rendre compte (1) de la première partie de ouvrage de M. Lallemand (2) sur cette maladie, et l'examen attentif des obsertations contenues dans cette première partie me porta à révoquer en doute l'existence même de l'affection dans les cas les plus importants, c'est-à-dire dans ceux du l'auteur a admis l'existence d'évacuations involontaires de sperme pendant le our, et principalement pendant les actes de la miction et de la défécation. Depuis

⁽¹⁾ Journ. hebdomadaire de médecine, 1837.

⁽²⁾ Des pertes séminales involontaires ; Paris, 1836, 11 partie, in-8.

lors, j'ai lu avec non moins d'attention la suite de l'ouvrage, et il en est réstre pour moi, non plus une conviction que la forme que je viens d'indiquer n'essréellement pas, loin de là, mais que plusieurs des faits cités n'apportent pas avec en une démonstration aussi complète de son existence que paraît le croire M. Lafemand. Je n'ai pas l'habitude, mes lecteurs ont pu le voir, de résister aux preusqui me paraissent concluantes. Nous faire bien connaître une maladie sinon entirement nouvelle pour nous, du moins presque complétement ignorée, et en our nous sournir des moyens efficaces de la traiter, est à mes yeux un titre telleme respectable, que je m'empresserai toujours de propager cette connaisance, lorse je ne serai pas arrêté par des motifs purement scientifiques. D'un autre côté, psonne n'est plus disposé que moi à rendre justice à l'incontestable talent de rare habileté de M. Lallemand; je dois même le dire ici d'avance, quelle que, la manière d'interpréter un certain nombre de faits rapportés par cet auteu faut toujours reconnaître qu'il a rendu un service signalé en traitant et guériss un grand nombre de malades dont l'affection, très diversement appréciée, re résisté à un nombre considérable de moyens, et, dans beaucoup de cas, avait regardée comme incurable. Si donc, dans le cours de cet article, je rappelle ntoute la réserve nécessaire quelques objections qui me paraissent avoir une crtaine valeur, on ne saurait l'attribuer au mauvais vouloir, d'autant plus que me hâterai de faire connaître les nouvelles preuves données par M. Lallemand. que je les ferai connaître dans toute leur force, afin qu'on puisse voir comment jusqu'à quel point la lecture des dernières parties de son ouvrage a modifica manière de voir.

Enfin, pour terminer ces explications, j'ajoute que la question est très diffic. que si, dans les observations citées par M. Lallemand, il est beaucoup de pos obscurs, c'est que la symptomatologie de la maladie qu'il désigne sous le sour pertes séminales involontaires présente, dans sou étendue, une foule de déux d'une délicatesse extrême, et peut échapper à l'investigation la plus habile.

ARTICLE 1ºr.

PERTES SÉMINALES INVOLONTAIRES, OU SPERMATORRHÉE.

Lorsque M. Lallemand a entrepris ses recherches, la science ne possibile ce sujet que quelques mots d'Hippocrate (1) sur la cousomption dorsale; des se cations plus ou moins étendues dans quelques auteurs; un mémoire de Wat mann (2), adressé sous forme de lettre à Hensler; quelques commentaires de raducteur Sainte-Marie (3), et de courtes descriptions de quelques syphiliographe M. Lallemand a réuni un si grand nombre de faits dont il a rapporté la suir partie dans son ouvrage, et a présenté la question sous des points de vue si serveaux, principalement sous le rapport de la thérapeutique, qu'il s'est pour de dire approprié le sujet, et qu'aujourd'hui, malgré des recherches (4) qui out se

⁽¹⁾ Œweres complètes d'Hippocrate, trad. par Littré, t. VI. Des maladies.

⁽²⁾ De pollut. diurna, frequentiori, sed rarius observ., tabesc. causa; Gattingec. 1782.

⁽³⁾ Lyon, 1817.

⁽⁴⁾ Voy. BENJAMIN PHILLIPS, London med. Gaz., 1848; JAROWITZ, Œsterr. Nochenka H. Kalla, De la spermatorrhée, Paris, 1846; etc., etc.

rand intérêt et dont je tirerai parti dans cet article, son traité est encore celui ui doit être le premier consulté au point de vue de la pratique. C'est donc princialement, d'après lui, que je vais tracer la description de la maladie; et pour éviter sus les embarras dans lesquels pourraient me jeter les incertitudes que je trouve ncore dans plusieurs points, voici comment je procéderai : je présenterai d'abord ette description comme si l'existence des pertes diurnes involontaires (celles du soins que j'ai spécifiées plus haut) était parsaitement incontestable; puis, à l'arcle Diagnostic, je signalerai ces incertitudes à côté des preuves sournies par l. Lallemand, asin que le lecteur puisse bien apprécier les unes et les autres.

S I. - Définition ; synonymie ; fréquence.

On donne le nom de pertes séminales involontaires, ou spermatorrhée, à l'évanation de sperme qui a lieu pendant le sommeil avec ou sans érection et plaisir pollutions nocturnes), et pendant la veille, soit avec un certain orgasme et un commencement d'érection, mais sans aucune des manœuvres ordinaires, soit d'une laçon en quelque sorte mécanique, pendant les actes de la défécation et de la miction.

Les limites de la maladie ne sont pas, comme on le voit, parfaitement tranchées, et le mot spermatorrhée ne s'applique pas également bien aux divers cas qui viennent d'être mentionnés. Ainsi les pollutions nocturnes qui ont lieu avec érection et plaisir sont très compatibles avec une santé parfaite, lorsqu'elles se produisent chez un sujet très continent, et qu'elles ne sont pas très fréquentes; or, en pareil cas, il n'y a pas spermatorrhée, Ce nom ne convient parfaitement qu'aux cas où le sperme est évacué sans érection, sans plaisir, et dans l'acte de la défécation ou de la miction. Quoi qu'il en soit, il résulte de cette définition que les pertes séminales involontaires doivent être distinguées en trois espèces bien distinctes. La première consiste dans des pollutions nocturnes, et touche, comme je viens de le dire, par un point à la santé parfaite, et par l'autre à la maladie. Dans la seconde, nous trouvons les pollutions diurnes, qui, sans être soumises à la volonté, puisqu'elles ont lieu sans manœuvres d'aucune espèce, présentent néaumoins un certain orgasme et une apparence d'acte de la génération. La troisième est la spermatorrhée proprement dite.

Outre les noms de pertes séminales involontaires et de spermatorrhée, on a donné encore à cette affection les noms de pollutions nocturnes ou diurnes, de blennorrhée de la prostate (Swediaur), consomption dorsale (Hippocrate), écoulement de semence, flux de semence.

Il résulte des recherches de M. Lallemand que la maladie est assez fréquente, car il l'a reconnue dans un nombre considérable de cas où l'on n'avait vu avant lui qu'une simple impuissance, qu'une inflammation chronique de l'urêtre et de la vessie, ou bien qu'une maladie purement nerveuse : l'hypochondrie.

D'après les recherches de M. B. Phillips (1) elle serait bien plus fréquente encore, car cet auteur a pu en rassembler 623 cas. Mais il faut remarquer que M. Phillips a observé un très grand nombre de cas de simples pollutions nocturnes, chez des sujets jeunes et continents; pollutions qui ne revenaient ordinairement pas très fréquemment, et qu'on ne saurait regarder comme une maladie. Cette considéra-

⁽¹⁾ London med. Gaz., 1848.

tion ôte beaucoup de leur valeur aux résultats qu'il a tirés de ses faits. Mais c'es un point qu'il serait prématuré de traiter ici, et sur lequel il faudra nécessairement revenir à propos du diagnostic.

§ II. — Causes.

Les causes reconnues par M. Lallemand sont très nombreuses. Je vais les passer en revue en suivant la division ordinaire.

1º Causes prédisposantes.

On ne peut guère regarder comme causes prédisposantes que celles qui son désignées, par l'auteur que je viens de citer, sous le nom de dispositions compnitales, et quelques habitudes hygiéniques particulières. De l'avis de M. Lallemani lui-même, elles sont fort obscures.

Age. M. B. Phillips (1) a constaté que, sur 623 sujets dont il a consulté l'histor 581 avaient moins de vingt-cinq ans; mais cela n'a rien que de bien naturel; parque l'auteur n'a eu principalement en vue que les pollutions nocturnes en quelque sorte supplémentaires du coît. Au reste, cette réflexion s'applique à presque tours les propositions avancées par cet auteur, ce qui me dispensera de multiplier les catations de son mémoire.

Parmi les dispositions congénitales, nous trouvons en première ligne la longre du prépuce et l'étroitesse de son ouverture. Voici, en pareil cas, suivant M. Lallemand, comment se passent les choses. Cette longueur du prépuce, avec étratesse de son ouverture, détermine entre lui et le gland une accumulation de mo tière sébacée qui entretient une irritation continuelle, provoque les désirs vénciens, et détermine la masturbation, suivie, à une époque plus ou moins éloigne de la spermatorrhée. L'action de cette cause est, comme on le voit, très indirecte elle a besoin, pour agir, de la masturbation, cause déterminante, laquelle, à sa tour, doit être provoquée par l'irritation que produit la matière sébacée. M. Lallemand cite plusieurs faits (2) dans lesquels la maladie s'est produite de cer manière, et dans lesquels aussi l'excision du prépuce a été suivie d'une prompte guérison.

Une affection dartreuse fixée sur le prépuce, une inflammation chronique de cette partie, agissent de la même manière. Une affection dartreuse de l'anus et du scrotum peut, en irradiant son excitation vers les vésicules séminales, produire le mêmes désirs vénériens et les mêmes résultats.

La faiblesse congénitale des organes génitaux, leur relâchement, le varicoc's sont placés par M. Lallemand, et après lui par M. Kaula, à peu près sur la même ligne que les causes qui viennent d'être mentionnées; mais après avoir etaminé les faits qu'il rapporte, on se demande si cet état des organes est cause ce effet de la maladie. La même réflexion s'applique à l'épispadias, à l'hypospadia et à l'atrophie d'un testicule.

Une disposition primitive des canaux éjaculateurs, ou atonie congénitale de conduits, est regardée par M. Lallemand comme une cause probable dans des caron l'on n'en trouve pas d'autres; mais on sent combien une pareille opinion autres.

⁽¹⁾ Loc. cit.

⁽²⁾ Obs. 91 et suiv.

esoin d'être confirmée par des faits détaillés et nombreux, et M. Lallemand ne cite l'appui qu'un fait (obs. 110) dans lequel cette cause n'est reconnue que par inuction. Il a pensé que les canaux éjaculateurs étaient relâchés, parce que le phincter de l'anus présentait un relâchement remarquable.

La largeur exagérée du méat urinaire, la flaccidité des corps caverneux, a aru à M. Lallemand l'indice d'une disposition congéniale aux pertes séminales inolontaires; mais il se contente de cette indication générale. Il a signalé de même
1 disproportion du gland avec le corps caverneux, la petitesse des testicules, leur
1 escente tardive, une hernie congénitale, et plusieurs autres circonstances de
1 nême nature, qu'il est inutile de mentionner ici. On peut dire, en effet, d'une
1 nanière générale, que tout état anormal annonçant la faiblesse ou le défaut de dé1 eloppement est rangé par cet auteur dans cet ordre de causes. Mais il est permis
1 le le redire ici, rien ne prouve que, dans tous les cas du moins, on doive regarder
1 est circonstances comme des causes prédisposantes plutôt que comme des effets.

Une susceptibilité nerveuse assez marquée est, suivant l'auteur que je cite, un les principaux caractères du tempérament des sujets affectés de pertes séminales nvolontaires : « En général, ces malades étaient d'une constitution grêle, d'un tempérament nerveux plus ou moins prononcé; ils avaient été délicats pendant leur enfance, et sujets à divers symptômes spasmodiques. Quelques uns avaient conservé des contractions involontaires dans les muscles de la face et des paupières, de l'hésitation en parlant, des tics variés; leur imagination était ardente, mobile, leur sensibilité morale et physique très vive. Ils avaient de la peine à rester en place, et ne pouvaient supporter ni contrariété ni contention d'esprit prolongée.

- Dans leur ensance, ils avaient présenté des phénomènes locaux qui indiquaient une susceptibilité particulière des organes urinaires; c'est vers ces parties que retentissaient chez eux toutes les impressions un peu vives produites par la crainte, le chagrin, l'impatience, etc. »
- M. Lallemand rapporte ensuite quelques faits à l'appui de l'influence de l'hérédité. Ces faits sont peu nombreux; et quoiqu'ils soient remarquables, puisque dans
 l'un d'eux, entre autres, il s'agit de pollutions nocturnes et diurnes chez trois frères,
 on doit en désirer de nouveaux, car la question de l'hérédité dans les maladies est
 une de celles qui demandent le plus grand nombre de faits pour être résolues. Il
 en est de même de l'influence de l'éducation.

Ensin cet auteur reconnaît qu'il est un certain nombre de cas où l'affection se produit sans cause appréciable.

Sans nier l'insluence de ces causes, on ne peut s'empêcher de saire remarquer qu'elles laissent des doutes dans l'esprit, parce que, d'une part, on n'a pas suivi assez exactement la marche de la maladie, quelle qu'elle soit, et que, de l'autre, il est une multitude de particularités qu'il est très difficile de constater, et dont presque toujours on a négligé de rechercher l'influence.

2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles, nous trouvons en première ligne la blennorrhagie plus ou moins répétée. M. Lallemand cite un grand nombre d'observations dans lesquelles les symptômes se sont développés après la contractation de cette maladie, surtout quand elle a été mal guérie. L'inflammation de la prostate et des canaux éjaculateurs étant la principale condition de l'émission involontaire du sperme dans les faits rapportés par l'auteur, et l'inflammation chrouique ou aigne du col de la vessie étant le plus souvent liée à cette affection, on devait s'attendre a ce résultat. Nous verrons à l'article Diagnostic comment ces faits peuvent eminterprétés, dans un bon nombre de cas du moins.

Viennent ensuite des affections cutanées, telles que la gale, la teigne, divers dartres, surtout lorsqu'elles ont leur siège vers l'anus, ainsi que nous l'avon. plus haut. M. Lallemand cite un très petit nombre d'observations pour prouve leur influence, et ce nombre paraîtra insuffisant à ceux qui savent combien il. faut pour bien établir les faits de ce genre.

Les diverses affections du rectum sont également rangées parmi ces causes, et nous y trouvons les hémorrhoïdes, les obstacles mécaniques à la défécation, revers intestinaux, la constipation, quelle qu'en soit la cause. La constipation se tout a fixé l'attention de tous les auteurs qui se sont occupés du sujet que traite, parce que les efforts considérables pour aller à la garde-robe, et la prose exercée par les matières fécales sur la prostate et les vésicules séminales dére minent presque constamment chez les malades l'expulsion du liquide regardement du sperme. Parmi les vers intestinaux, ce sont les oxyures qui occas connent particulièrement la spermatorrhée. Cependant cette maladie peut se produm sous l'influence des ascarides lombricoïdes. M. le docteur Ossieur (1) en a cit ca exemple remarquable. Il s'agissait seulement de pertes séminales nocturnes. Il traitement vermifuge ayant été prescrit après que le malade eut rendu de lombrics, plus de vingt autres de ces entozoaires furent rejetés, et la guern fut complète. Les cas de ce genre sont bien rares.

La masturbation et les excès vénériens de tout genre ont été aussi généralen: indiqués. Les cas dans lesquels cette cause est mentionnée sont extrêmement n'e breux. Malheureusement, on n'a presque jamais indiqué le degré des excès que d'une manière fort vague, et avec les termes exagérés dont se servent ordinairment les malades. Sans doute il a été impossible, dans beaucoup de cas, de ur autrement; mais l'objection se présente d'elle-même. Est-il rien de plus fréques que la masturbation et même les excès vénériens? Et qu'y a-t-il d'étonuant que cette circonstance se présente très souvent à l'observation? Il n'est assurément per de maladie de laquelle on n'en pût dire autant, et la meilleure preuve, c'est qu'e l'a dit, puisque la masturbation, les excès vénériens constituent une de ces caux banales qu'on retrouve dans toutes les affections. Je ne dis pas toutefois que la che soit inexacte; je dis qu'il faut s'attacher encore à la mettre hors de doute par saits rigoureusement analysés. Une continence exagérée, la station assise trop but temps prolongée, l'équitation, le décubitus sur le dos sont encore rangés pa M. Lallemand au nombre des causes occasionnelles de cette maladie qui, à 12 époque avancée, se continue parsois par cela seul qu'elle a déjà existé et sa l'empire de l'habitude.

L'abus de quelques substances usuelles ou médicamenteuses paraît ensuire. M. Lallemand avoir une influence sur la production des pertes séminales involetaires. Ces substances sont les astringents, les toniques, les purgatifs, les arrivelles, le camphre, le nitrate de potasse, le seigle ergoté, le café, le thé et le : •

⁽¹⁾ Annales de la Soc. d'émul., et Journ. des conn. méd.-chir., oct. 1849.

fumer. Elles sont d'un usage si commun, et tant de personnes poussent cet usage rop loin, du moins en apparence, qu'il faudrait un nombre très considérable 'observations concluantes pour démontrer la réalité de cette assertion; or M. Lalmand ne citant guère qu'un fait pour chacune de ces causes, il est permis de 'y voir que de simples coıncidences.

J'ai exposé en détail cette étiologie, pour mettre chacun à même d'en apprécier valeur et de soumettre à une nouvelle observation les points qui lui paraîtront outeux; pour moi, je me contente de rappeler que les circonstances les plus orinaires dans lesquelles la maladie s'est déclarée sont les suivantes: Les organes énitaux présentaient une disposition particulière, et surtout la longueur du préuce, l'étroitesse de son ouverture et l'accumulation de la matière sébacée qui en st la conséquence; les sujets s'étaient livrés à la masturbation, ils avaient fait des xcès vénériens, ils avaient contracté une ou plusieurs blennorrhagies; ils avaient ne lésion du rectum.

§ III. — Symptômes.

La description des symptômes ne saurait être tracée d'une manière fructueuse i l'on n'établit d'avance une division tranchée entre les symptômes locaux et les symptômes généraux. Ceux-ci, en effet, sont les mêmes, à l'intensité près, et sauf quelques autres nuances que j'aurai soin d'indiquer, pour les trois espèces admises plus haut. Les symptômes locaux, au contraire, diffèrent complétement suivant phacune de ces espèces, et c'est même sur cette différence que les espèces sont établies. Je vais commencer par ces derniers, et je vais les étudier dans les trois espèces.

1° Symptômes locaux. — Pollutions nocturnes avec ou sans érection et plaisir. Chez un sujet jeune et continent, les pollutions nocturnes, résultat ordinaire de rêves lascifs, sont, lorsqu'elles ne reviennent qu'à d'assez longs intervalles, et orsqu'elles ne laissent pas après elles un trop grand sentiment de faiblesse ou l'autres symptômes nerveux inquiétants, un signe de santé et de puissance, et non le faiblesse et de maladic. Mais, si elles se succèdent à de courts intervalles, plusieurs fois par semaine, par exemple, si le sujet reste dans un état marqué de langueur, s'il a moins d'aptitude au travail; en un mot, s'il présente à un certain degré les symptômes généraux qui seront décrits plus tard, la maladie commence, c'est son premier degré.

A une époque plus avancée, les sujets ont des évacuations spermatiques sans rêves lascifs, ils ne se réveillent pas immédiatement, et lorsque le réveil arrive, ls se sentent brisés; la maladie est alors parvenue à un degré assez élevé, et, suitant les auteurs qui se sont occupés de ce sujet, suivant M. Lallemand en particuier, on doit s'attendre à voir survenir bientôt les pollutions diurnes, et enfin la permatorrhée proprement dite, si même déjà les malades ne rendent pas, en uritant et en allant à la selle, une certaine quantité de semence sans s'en être aperçus.

Quelle que soit la manière dont se produisent les pollutions nocturnes, la malière de l'évacuation se trouve en nature, soit sur le corps des malades, soit sur leurs vêtements, et la constatation du fait ne présente aucune des difficultés que nous allons trouver lorsqu'il s'agira de l'évacuation du sperme avec les urines. Dans canaux éjaculateurs étant la principale condition de l'émission involontaire de sperme dans les faits rapportés par l'auteur, et l'inflammation chronique ou aigniture du col de la vessie étant le plus souvent liée à cette affection, on devait s'attendre ce résultat. Nous verrons à l'article Diagnostic comment ces faits peuvent ètre interprétés, dans un bon nombre de cas du moius.

Viennent ensuite des affections cutanées, telles que la gale, la teigne, divers dartres, surtout lorsqu'elles ont leur siège vers l'anus, ainsi que nous l'avons, plus haut. M. Lallemand cite un très petit nombre d'observations pour prome leur influence, et ce nombre paraîtra insuffisant à ceux qui savent combien il. faut pour bien établir les faits de ce genre.

Les diverses affections du rectum sont également rangées parmi ces cause, a nous y trouvons les hémorrhoïdes, les obstacles mécaniques à la défection, e vers intestinaux, la constipation, quelle qu'en soit la cause. La constipation atout a fixé l'attention de tous les auteurs qui se sont occupés du sujet que traite, parce que les efforts considérables pour aller à la garde-robe, et la pre-exercée par les matières fécales sur la prostate et les vésicules séminales de minent presque constamment chez les malades l'expulsion du liquide recomme du sperme. Parmi les vers intestinaux, ce sont les oxyures qui occas enent particulièrement la spermatorrhée. Cependant cette maladie peut se protes sous l'influence des ascarides lombricoïdes. M. le docteur Ossieur (1) en a cit a exemple remarquable. Il s'agissait seulement de pertes séminales nocturnes le traitement vermifuge ayant été prescrit après que le malade eut rendu des lombrics, plus de vingt autres de ces entozoaires furent rejetés, et la guerse fut complète. Les cas de ce genre sont bien rares.

La masturbation et les excès vénériens de tout genre ont été aussi généralenindiqués. Les cas dans lesquels cette cause est mentionnée sont extrêmement me breux. Malheureusement, on n'a presque jamais indiqué le degré des excès p d'une manière fort vague, et avec les termes exagérés dont se servent ordinarment les malades. Sans doute il a été impossible, dans beaucoup de cas, de u: autrement ; mais l'objection se présente d'elle-même. Est-il rien de plus fréquit que la masturbation et même les excès vénériens? Et qu'y a-t-il d'étonnant q cette circonstance se présente très souvent à l'observation? Il n'est assurément pe de maladie de laquelle on n'en pût dire autant, et la meilleure preuve, c'est que l'a dit, puisque la masturbation, les excès vénériens constituent une de ces carbanales qu'on retrouve dans toutes les affections. Je ne dis pas toutefois que la desoit inexacte; je dis qu'il faut s'attacher encore à la mettre hors de doute par ... faits rigoureusement analysés. Une continence exagérée, la station assise tropiestemps prolongée, l'équitation, le décubitus sur le dos sont encore ranges : M. Lallemand au nombre des causes occasionnelles de cette maladie qui, à 13 époque avancée, se continue parfois par cela seul qu'elle a déjà existé et se l'empire de l'habitude.

L'abus de quelques substances usuelles ou médicamenteuses paraît ensuire. M. Lallemand avoir une insluence sur la production des pertes séminales involtaires. Ces substances sont les astringents, les toniques, les purgatifs, les arrides, le camphre, le nitrate de potasse, le seigle ergoté, le café, le thé et le reconstant de la complete de potasse.

(1) Annales de la Soc. d'émul., et Journ. des conn. méd.-chir., oct. 1849.

fumer. Elles sont d'un usage si commun, et tant de personnes poussent cet usage pp loin, du moins en apparence, qu'il faudrait un nombre très considérable observations concluantes pour démontrer la réalité de cette assertion; or M. Lalnand ne citant guère qu'un fait pour chacune de ces causes, il est permis de y voir que de simples coıncidences.

J'ai exposé en détail cette étiologie, pour mettre chacun à même d'en apprécier valeur et de soumettre à une nouvelle observation les points qui lui paraîtront uteux; pour moi, je me contente de rappeler que les circonstances les plus ornaires dans lesquelles la maladie s'est déclarée sont les suivantes : Les organes nitaux présentaient une disposition particulière, et surtout la longueur du préce, l'étroitesse de son ouverture et l'accumulation de la matière sébacée qui en t la conséquence; les sujets s'étaient livrés à la masturbation, ils avaient fait des cès vénériens, ils avaient contracté une ou plusieurs blennorrhagies; ils avaient le lésion du rectum.

§ III. — Symptômes.

La description des symptômes ne saurait être tracée d'une manière fructueuse l'on n'établit d'avance une division tranchée entre les symptômes locaux et les imptômes généraux. Ceux-ci, en effet, sont les mêmes, à l'intensité près, et sauf relques autres nuances que j'aurai soin d'indiquer, pour les trois espèces admises us haut. Les symptômes locaux, au contraire, diffèrent complétement suivant racune de ces espèces, et c'est même sur cette différence que les espèces sont ablies. Je vais commencer par ces derniers, et je vais les étudier dans les trois pèces.

1° Symptômes locaux. — Pollutions nocturnes avec ou sans érection et plaisir. hez un sujet jeune et continent, les pollutions nocturnes, résultat ordinaire de ves lascifs, sont, lorsqu'elles ne reviennent qu'à d'assez longs intervalles, et rsqu'elles ne laissent pas après elles un trop grand sentiment de faiblesse ou autres symptômes nerveux inquiétants, un signe de santé et de puissance, et non faiblesse et de maladic. Mais, si elles se succèdent à de courts intervalles, plu-eurs fois par semaine, par exemple, si le sujet reste dans un état marqué de lan-ieur, s'il a moins d'aptitude au travail; en un mot, s'il présente à un certain degré symptômes généraux qui seront décrits plus tard, la maladie commence, c'est n premier degré.

A une époque plus avancée, les sujets ont des évacuations spermatiques sans ves lascifs, ils ne se réveillent pas immédiatement, et lorsque le réveil arrive, se sentent brisés; la maladie est alors parvenue à un degré assez élevé, et, suint les auteurs qui se sont occupés de ce sujet, suivant M. Lallemand en particur, on doit s'attendre à voir survenir bientôt les pollutions diurnes, et enfin la ermatorrhée proprement dite, si même déjà les malades ne rendent pas, en urint et en allant à la selle, une certaine quantité de semence sans s'en être erçus.

Quelle que soit la manière dont se produisent les pollutions nocturnes, la maère de l'évacuation se trouve en nature, soit sur le corps des malades, soit sur
urs vêtements, et la constatation du fait ne présente aucune des difficultés que
pus allons trouver lorsqu'il s'agira de l'évacuation du sperme avec les urines. Dans

les cas où la pollution a lieu avec érection et orgasme, les malades sont ordinairement réveillés immédiatement après l'éjaculation, qui a lieu toujours en pari cas, et ils trouvent le sperme liquide, avec sa couleur, sa consistance, son odeu caractéristiques. Examiné au microscope, ce liquide présente un grand nombre d'animalcules bien conformés et vivaces.

Lorsque la maladie en est venue au point que l'éjaculation qui existe encore fait sans érection et sans plaisir, le réveil n'a pas lieu immédiatement, le plus sovent du moins. A leur réveil, les malades trouvent vers la racine de la verge, se leurs cuisses, sur leur chemise, des taches qui dans les premiers lieux se presentent sous la forme de croûtes très minces, brillantes et semblables, suivant comparaison de M. Lallemand, aux traces que laisse le colimaçon. La matient de tes taches, délayée dans un peu d'eau, offre encore des animalcules au microsope: mais suivant que la maladie est plus ou moins avancée, ces animalcules sont pe ou moins vivaces, et dans quelques cas où elle a pris un assez haut degré de prité, ils n'ont plus complétement leur forme naturelle, ils n'ont plus de queue, sont notablement plus petits, en nombre moins considérable et nagent dans liquide plus aqueux et plus abondant qu'à l'état normal.

Pollutions diurnes avec un certain degré d'orgasme. C'est presque toujour. si ce n'est toujours, après avoir présenté pendant un temps plus ou moins long de pollutions nocturnes répétées, que les sujets ont les pollutions diurnes dont il et ici question. A un premier degré, ces pollutions ont lieu avec érection prop complète, mais par le plus léger frottement, et quelquesois sans que ce frotteme! soit nécessaire. Plus tard, non seulement l'érection est fort incomplète, ou même nulle d'après quelques saits, mais encore le contact, le frottement de la verge aver un corps quelconque devient inutile; il suffit d'un simple désir, de la vue d'u objet qui réveille des idées lascives, pour provoquer l'éjaculation, et l'on a u même des sujets chez lesquels il était très difficile de découvrir rien de semblable. Je citerai plus loin, à propos des symptômes généraux, un fait que m'a commniqué M. Lisle, médecin très distingué qui s'occupe des maladies mentales. et l'on verra que dans ce fait l'existence d'un certain orgasme, suivi de l'énisse. d'un sperme bien élaboré et parfaitement reconnaissable à tous ses caractères, a d' constatée sans qu'on ait pu s'assurer si le sujet avait des désirs vénéries e si l'évacuation de la semence avait lieu avec ou sans érection complète on it complète.

Lorsque cette érection se produit encore à un certain degré, il y a éjaculation mais cette éjaculation est faible, et en général le sperme sort en bavant du mex urinaire; si l'érection n'a pas lieu, tout porte à croire qu'il n'y a pour ainsi dur qu'un simple écoulement de semence.

Les caractères que présente la matière de l'émission sont les mêmes que au que je viens d'indiquer à propos des pollutions nocturnes; seulement, comme le maladie est généralement plus avancée, les cas sont plus fréquents où le sperme est mal élaboré, plus aqueux, et contient des animalcules plus petits, moins porbreux et ayant perdu en partie leur forme.

Écoulement du sperme pendant la défécation et la miction, ou spermeture proprement dite. Les phénomènes précédents ont ordinairement duré pendant remps assez long, lorsque survient cette forme de pertes séminales involutiones

lors, soit que ces symptômes aient cessé complétement, soit qu'ils persistent encore un certain degré, les malades commencent à rendre sans plaisir et souvent sans ucune sensation particulière, plus ou moins fréquemment, en allant à la selle ou seulement en urinant, ce qui est le cas le plus grave, une certaîne quantité de matière qui, dans les observations, est décrite de la manière suivante :

Sa quantité est très variable; en général, suivant M. Lallemand, elle devient de moins en moins considérable, suivant que les émissions sont plus fréquentes, et que par conséquent la maladie a fait de plus grands progrès. Son aspect ne varie pas moins; semblable parfois à une décoction d'orge épaisse, à une masse grumeleuse demi-transparente, à des flocons glaireux, elle est indiquée quelquefois comme un dépôt bourbeux et sétide, ou même purisorme. Quant à l'odeur, on ne voit pas, dans les observations, que ce soit cette odeur sui generis si remarquable dans le sperme normal. C'est, comme je viens de le dire, une fétidité qui se produit plus ou moins promptement ou une odeur de chair pourrie. Dans un passage de son traité, sur lequel j'aurai à revenir, M. Lallemand, dit, il est vrai, que très souvent on peut constater l'odeur caractéristique du sperme; mais on sent combien il eût été nécessaire de le dire dans les observations, car les faits étant variables, on ne peut savoir d'une manière précise si cette assertion s'applique à tous les cas, ou seulement à quelques uns, et quels sont ces cas: distinction bien nécessaire, néanmoins, puisque les doutes qui peuvent s'élever sur la spermatorrhée proprement dite ne sauraient s'étendre aux simples pollutions nocturnes ou diurnes, et que la réalité de l'émission du sperme, dans la première, devait par conséquent être spécifiée de la manière la plus rigoureuse.

Quoi qu'il en soit, voici comment se passent les choses, d'après les faits cités par M. Lallemand. Dans les cas les moins graves de cette espèce, les malades, à la fin de l'acte de la défécation, rendent la matière dont je viens d'indiquer les propriétés physiques; dans les plus graves, ils la rendent aussi bien en urinant simplement qu'en allant à la garde-robe, et c'est surtout avec les dernières gouttes d'urine que s'écoule le liquide particulier dont il est question; cependant l'examen microscopique a montré que parfois il s'en échappe avec les premiers jets d'urine. Ce n'est pas constamment, et chaque fois que les malades urinent et vont à la selle, c'est à des intervalles plus ou moins rapprochés, suivant la plus ou moins grande gravité des cas, et ces émissions coïncident principalement avec la constipation, avec une irritation exaspérée de l'anus et du rectum, avec une congestion hémorrhoïdaire, etc.

Voyons maintenant comment on s'est assuré que le liquide rendu est réellement du sperme. M. Lallemand fait d'abord observer que ce liquide est abondant, qu'il peut y en avoir une cuillerée à café et plus, et qu'il est rendu brusquement, ce qui, selon lui, indique déjà qu'il s'agit de la liqueur spermatique; ensuite il signale le caractère important qu'a cette matière de mousser comme du savon, quand on la frotte entre les doigts, et d'émettre, après ce frottement, l'odeur caractéristique du sperme, même quand elle est le plus aqueuse. Ces caractères sont, comme on le voit, bien frappants, et il n'en faut pas plus pour reconnaître que du sperme est évacué dans ces circonstances; nous allons voir, de plus, que l'examen microscopique a fait découvrir les animalcules dans le liquide. On pourrait donc se demander, dès à présent, comment il serait permis d'élever des objections contre l'exis-

tence de ce degré de la maladie. Mais ce serait anticiper, et, je le répète, c'est un point important qu'il faudra traiter avec tout le soin nécessaire à l'article Diognosie.

Les urines offrent aussi, par suite de la présence du sperme, quelques caractères qu'il importe de faire connaître. Les dernières gouttes, dit M. Lallemand, suit épaisses, gluantes, visqueuses et s'arrêtent quelquesois à l'ouverture du gland comme des grumeaux caillebottés, d'une consistance qui peut égaler celle de l'amidon; ce sont elles seulement qui laissent sur la chemise des empreintes semblables à celle de l'empois. Les malades reconnaissent facilement eux-mêmes, à la consistance particulière de ces dernières gouttes, à leur onctuosité entre les doigts, qu'ils viennent d'avoir une pollution diurne.

- » Dans les cas récents, ajoute cet auteur, on voit rouler au fond du vase de petites granulations de volume variable, demi-transparentes, irrégulièrement sphérques, assez semblables à des grains de semoule. On ne peut confondre ces granlations avec aucun sel urinaire, parce qu'elles se montrent avant le refroidissemet parce qu'elles sont molles et n'adhèrent jamais aux parois du vase; d'un autre cit. l'urêtre, la prostate, la vessie, les reins ne peuvent fournir de granulations senblables, surtout avec des urines transparentes. Ces granulations viennent donc de vésicules séminales, comme je le démontrerai plus tard d'une manière directe: elles peuvent, par conséquent, être regardées comme des signes certains de politions diurnes.
- » Au reste, ces malades sont avertis du passage de ce sperme encore consistant par un frôlement particulier qui provient de la densité inaccoutumée de l'urine. Ils distinguent également les contractions des vésicules séminales qui produisent souvent ces pollutions diurnes : aussi ne s'y trompent-ils guère, même pendant la nuit.
- » Il est bon de remarquer encore que c'est presque toujours après une excitation vénérienne qu'ils éprouvent des pollutions semblables : ainsi, par exemple, c'est après un rêve érotique, des rapports avec une femme, une lecture lascive, la sur d'images ou de scènes lubriques, qu'elles surviennent (1); ou bien c'est à la suite d'une excitation mécanique des organes génitaux; souvent même les tissus érectiles sont encore dans une espèce de turgescence quand le besoin d'uriner se sentir. La réunion de toutes ces circonstances indique assez que ces pollutions suit les moins passives de celles qui ont lieu pendant l'émission des urines; aussi sont elles les moins graves et les plus rares.
- » D'autres malades éprouvent des phénomènes bien dissérents : leur verge se repetisse et se retire vers les pubis, par suite d'une douleur qui s'étend du col de le vessie jusqu'au gland. C'est l'arrivée des urines sur un point très irrité du card qui provoque ces contractions spasmodiques, auxquelles les sphincters et les véreules séminales ne tardent pas à prendre part.
- » D'autres sensations annoncent quelquesois l'arrivée d'une pollution inévitable: c'est tantôt un battement, une douleur au périnée, ou à la marge de l'anus; tand un frisson, un malaise général, un élancement dans les mamelons des seins, etc. Ceux qui sont habitués à ces coıncidences particulières savent parsaitement qu'is trouveront au sond de leurs urines un dépôt floconneux contenant les granulations dont j'ai parlé; et leur conviction à cet égard est si intime, qu'ils en éprogresse.
 - (1) Voy. Deslandes, De l'onanisme et des autres abus rénérieus: Paris, 1845, in-4.

mmédiatement une espèce de sueur froide, accompagnée souvent d'un sentiment le défaillance.

- Quand la maladie a sait des progrès, le pussage du sperme n'est plus guère upprécié par les malades, et les urines ne laissent plus déposer de granulations ussez volumineuses pour se rassembler au fond du vase; mais elles contiennent un nuage épais, homogène, blanchâtre, parsemé de petits points brillants, qui agne les conches insérieures, et qu'on a comparé, avec raison, au dépôt qui se orme dans une décoction d'orge ou de riz un peu concentrée...
- » Je crois que les granulations brillantes dont j'ai parlé ne doivent laisser auune incertitude sur la nature du nuage dans lequel on les observe....
- » Pour bien observer tous les caractères dont je viens de parler, il importe, joute M. Lallemand (1), de prendre quelques précautions.
- » Chaque émission doit être recueillie dans un vase séparé, car les urines renlues à différentes époques de la journée ne présentent pas toujours la même appaence. Ce sont ordinairement celles du matin qui sont plus chargées, surtout quand a nuit a été mauvaise; d'autres fois, se sont celles qui succèdent à des excitations hysiques ou morales des organes génitaux, à un refroidissement subit, à une dijestion laborieuse, à une émotion violente, de quelque nature qu'elle soit. Souvent es urines sont parfaitement transparentes pendant toute une journée, pendant plusieurs jours même, et les malades éprouvent alors une amélioration notable dans eurs fonctions...
- » Il est clair que les verres doivent être bien transparents pour permettre toutes es observations : les plus commodes sont les verres dont on se sert pour conserver les onfitures, parce que le fond en est plat et mince, ce qui permet d'observer exactenent le liquide dans tous les sens ; mais les verres à champagne forcent le dépôt à e rassembler dans un espace plus étroit, ce qui est avantageux quand on doit y uiser de l'urine pour la soumettre à des recherches microscopiques. »

Les recherches microscopiques viennent ensuite compléter l'exploration, et quoiue je sois déjà entré dans de grands développements sur cet état des urines, je
rois ne devoir négliger aucun détail de cet examen délicat et important. La maidie dont je traite est nouvellement connue; elle peut, quelle que soit sa nature,
e présenter tous les jours au praticien, et chacun comprendra combien il est néessaire d'être bien au courant de la question, car il ne s'agit de rien moins, pour
e malade, que de la perte complète de la santé pendant de longues années, et
nême de la mort, et pour le praticien d'une méprise cruelle, ou, au contraire, de
le cure complète d'un mal qui semblait irremédiable.

Après avoir indiqué le procédé du docteur Devergie, qui consiste à verser le épôt dans un tube de verre effilé par un bout à la lampe, et à couper, pour l'exérience, l'extrémité de la pointe, de manière à ne laisser tomber que quelques outtes d'urine sur le porte-objet; après avoir mentionné ceux qui consistent à viser dans le dépôt avec une pipette, à filtrer le liquide, et à examiner les animalules restés sur le filtre; après avoir fait remarquer la difficulté de ces procédés, l. Lallemand propose le suivant, qui lui a toujours réussi.

Il recommande au malade de recevoir sur un petit morceau de verre une goutte e la matière exprimée du canal de l'urêtre, après l'émission de l'urine, ce qui

⁽¹⁾ Des pertes seminales involontaires, t. 11, p. 357.

peut se saire en quelque endroit qu'il soit, et de laisser dessécher cette matière, a qui n'exige que deux ou trois minutes. « Après quoi, ajoute-t-il (1), ce morcesu de verre peut être transporté partout, envoyé à toutes les distances, pourvu qu'on le préserve de la poussière et des frottements. Il ne reste plus à l'observateur qu'a laisser tomber une goutte d'eau sur la tache laissée par l'évaporation, pour rendre à la matière sa première fluidité, et tous les caractères qu'elle avait avant son desséchement, quand bien même il aurait duré plusieurs années. » Il sussit ensuite de placer le verre sur le porte-objet pour pouvoir procéder immédiatement à l'eximen microscopique.

C'est en se livrant à ces recherches que M. Lallemand a constaté la raretée de plus en plus grande des animalcules chez les sujets affectés de pertes émnales, et qu'il a observé la diminution de leur volume, et leur état sphérique, des les cas les plus graves. Une autre remarque qu'il a faite, et qui n'est pas la musimportante, c'est que la vitalité des animalcules diminue à mesure que la malas fait des progrès. « Les zoospermes, dit-il, ont disparu complétement vers le hatième jour, dans les cas les plus fâcheux, tandis que, dans d'autres, ils étairs encore reconnaissables après cinquante jours. Je n'en ai jamais rencontré plus tard; mais par analogie, je crois que le docteur Donné (2) a pu en reconnaître aprotrois mois d'immersion, puisqu'il a opéré sur de la liqueur séminale protessat d'individus bien portants. »

Tels sont les signes caractéristiques qui complètent les phénomènes locaux de la maladie; il faut néanmoins ajouter quelques détails sur un état de l'urine du des complications fréquentes, sur les diverses sensations qu'éprouvent les malades liors des moments où ils urinent, et sur l'état des parties génitales.

Une complication très fréquente, et soigneusement signalée par M. Lallemand lui-même, se trouve dans la cystite, soit aiguë, soit chronique; et de plus la prostate, les canaux éjaculateurs, et même les vésicules séminales présentent très souvent un haut degré d'inflammation, ainsi que nous le montrera la description des lésions anatomiques. Il en résulte que les nuages, les dépôts que contient le liquide urinaire, ne sont pas uniquement formés de sperme plus on moins altère. On y trouve encore du mucus, du muco-pus, et même du pus en nature, provenant de la prostate. Les caractères que je viens d'indiquer et ceux que j'ai donnés à l'article Cystite aiguë et chronique servent à faire distinguer ces divers produits; il serait inutile d'y revenir ici.

Il résulte aussi de ces altérations organiques que les malades éprouvent souvest de la gêne, de la pesanteur, de la douleur, vers l'hypogastre, le périnée, la répre anale, surtout quand ils marchent ou qu'ils vont à cheval; quelques uns supportent difficilement la position assise, surtout en voiture, position qui a en outre le désavantage de provoquer les émissions spermatiques.

Enfin, lorsque la maladie est parvenue à une époque avancée, on voit que ce état de flaccidité, de mollesse des organes génitaux, signalé plus haut comme une disposition congénitale à la spermatorrhée, est portée à un degré beaucosp plus haut, et que ces organes ont perdu toute leur énergie.

2º Symptômes généraux. Parmi les symptômes généraux, M. Lallemand plac

⁽¹⁾ T. II, p. 419.

⁽²⁾ Cours de microscopie : Paris, 1841, p. 275.

en première ligne l'infécondité, conséquence nécessaire de l'impuissance qui survient au bout d'un temps plus ou moins long, mais qui peut aussi exister sans impuissance proprement dite. Ce symptôme pourrait tout aussi bien être placé parmi es symptômes locaux, puisque, comme nous allons le voir, dans beaucoup de cas, il n'est que l'expression d'un état purement local.

L'insécondité résulte d'abord de ce que l'éjaculation est trop faible ou trop précipitée. Dans le premier cas, la liqueur séminale n'est pas suffisamment projetée; dans le second, elle l'est avant qu'il y ait intromission complète de la verge; et dans l'un et l'autre, il n'y a pas, suivant M. Lallemand, excitation suffisante de l'utérus.

Une autre cause d'infécondité est l'altération de la liqueur spermatique que nous avons fait connaître plus haut. Tant que les animalcules sont encore bien conformés, cette cause est faible, bien que leur nombre soit considérablement diminué; mais lorsqu'ils sont réduits à l'état de corps sphéroïdes ou de granules, la fécondation ne peut avoir lieu, ce qui est prouvé par ce fait, que des sujets étant revenus à un très bon état de santé, et puissants, sont restés inféconds, parce que les animalcules n'ont pas repris leur conformation normale, ce que M. Lallemand attribue à un reste d'inflammation des glandes et des conduits spermatiques, ou aux altérations qui en sont la suite naturelle.

L'impuissance est un symptôme très fréquent, et qui souvent n'attend pas, pour se produire, que la maladie soit portée au plus haut degré. Beaucoup de malades même ne commencent à s'inquiéter sur leur sort, à remarquer l'état de faiblesse et le dépérissement dans lequel ils se trouvent, à noter les phénomènes qui se passent du côté des parties génitales, et enfin à recourir au médecin, que lorsque des tentatives plus ou moins fréquentes les ont convaincus de leur impuissance. D'abord cette impuissance peut ne se montrer que de loin en loin et dans certaines circonstances, et alors on observe déjà les érections incomplètes et l'éjaculation précipitée; mais plus tard l'impuissance est complète et permanente, et devient une des principales causes de cette hypochondrie, dans laquelle nous verrons que sont plongés la plupart des malades.

Du côté des organes de la digestion, on observe les symptômes suivants, exposés par M. Lallemand, qui ne nous a malheureusement pas donné une analyse exacte des faits, et qui s'est contenté de ses impressions générales. Dans les premiers temps, l'appétit est conservé ou même augmenté. « La sensation de la faim n'est pas, dit M. Lallemand, celle de la faim ordinaire : c'est une espèce de rongement, de chaleur rapportée à l'épigastre; c'est un malaise, une angoisse qui va presque jusqu'à la défaillance. L'ingestion d'une petite quantité d'aliments fait cesser cette pénible sensation, et, bientôt après, le dégoût arrive. Mais ils s'efforcent de manger par raison, comme ils disent, ou bien ils multiplient les repas à mesure que ces tiraillements d'estomac se rapprochent. D'une manière ou de l'autre, ils prennent, dans les vingt-quatre heures, plus d'aliments que leur estomac n'en peut digérer sans fatigue. » Les mets fortement épicés sont alors recherchés comme stimulants de l'appétit, et ont pour résultat d'irriter l'estomac, de rendre les digestions plus pénibles, et même de provoquer de nouvelles pertes séminales.

· Des phénomènes variés, fort importants à étudier, accompagnent, ajoute

- M. Lallemand, ces digestions laborieuses... Une certaine pesanteur se manifest bientôt à l'épigastre, s'étend aux parties voisines, et produit un malaise, une inquiétude qui obligent à changer de place, à se mouvoir. Le pouls s'accélère, il devient même quelquesois tumultueux; la face s'injecte et se colore rapidement: il survient du vague, du trouble dans les idées, des éblouissements, des tintement d'oreilles, des vertiges, ensin des symptômes de congestion qui peuvent être para au point de saire craindre une hémorrhagie cérébrale.
- » Une espèce de torpeur croissante succède à cette excitation, à mesure que la travail de l'estomac devient plus fatigant; de là une tendance à l'inaction et l'assoupissement. D'un autre côté, des rapports acides ou nidoreux, une chaleu dere et mordicante fixée vers la fin de l'œsophage, une espèce de pyrosis, ex. indiquent assez combien est vicieuse l'élaboration des aliments. »

Du côté de l'intestin, on observe des coliques sèches, des pincements d'entraiss. nn développement considérable de gaz, avec sentiment de distension fixé prima lement aux hypochondres, des flatuosités, et de ces symptômes joints à cent que ont pour siège l'estomac résultent par moments des espèces de crises, des attaques douloureuses que les malades redoutent beaucoup.

Une constipation souvent très opiniâtre est un des symptômes les plus constants de la maladie. On observe néanmoins, à des intervalles plus ou moins éloignés, des coliques, des tranchées, des selles liquides, infectes : diarrhée momentanée que se reproduit à chaque écart de régime. Chez quelques sujets, cette diarrhée devient rebelle, même sans complication, lorsqu'ils persistent à prendre des aliments et trop grande quantité.

Ces troubles digestifs, dont je n'ai pas voulu abréger la description, parce que, dans une affection de ce genre, tout est important à considérer, auraient pe, comme on le voit, être désignés par le seul mot de gastro-entéralgie. Ils sont une conséquence de la débilitation extrême de l'organisme, et leur existence n'a ries qui doive étonner. Toutefois je ferai remarquer que M. Lallemand n'a pas insisé sur eux dans un bon nombre de ses observations, et que peut-être il les a décris d'après des types, ce qui leur ôterait une partie de leur valeur; car comment savoir si cette description s'applique à tous les cas?

Les voies respiratoires offrent aussi quelques symptômes assez importants. « qui tiennent, comme les précédents, à la faiblesse générale : ce sont l'essouffement, un certain degré d'oppression, parfois l'irrégularité des inspirations, des soupris fréquents, en un mot, des signes qui annoncent que l'acte respiratoire a peixe s'accomplir. Il y a souvent une petite toux sèche, nerveuse, des douleurs vives vers la région du cœur et dans d'autres parties de la poitrine, douleurs qui affectent très probablement les nerfs intercostaux. D'après M. Lallemand, il n'est pas rare d'observer une disposition extraordinaire à contracter des catarrhes pulmonaires, des enrouements, des extinctions de voix; mais quoique la chose n'ait rien d'étonnant, puisque des faits très nombreux nous apprennent qu'une grande faiblesse est une des principales causes prédisposantes des diverses inflammations, il eût mieux valu spécifier les cas et en indiquer la proportion.

Quant à la phthisie pulmonaire, cet auteur n'a pas trouvé de rapport évides entre sa manifestation et la maladie dont il s'agit ici, et les principes d'étiologie qu'il établit à ce sujet sont excellents, mais malheureusement trop peu suivis.

oix, chez les sujets affectés de spermatorrhée, est d'autant plus faible, sourde et pilée, que la maladie a fait de plus grands progrès; mais cette altération dépend niquement de la débilitation générale.

L'appareil circulatoire participe à cet état d'épuisement général, et il en résulte es palpitations nerveuses, souvent très violentes, et excitées par la moindre notion. M. Lallemand n'a jamais vu que ces palpitations fussent dépendantes une maladie organique du cœur. Elles reviennent à des intervalles très variables. es battements sont précipités, irréguliers, désordonnés, mais ils n'ont jamais plus 'étendue, plus de force qu'à l'ordinaire (1). Lorsque les palpitations ont acquis ur plus haut degré de fréquence, elles s'accompagnent parfois d'un léger bruit : souffle, dû sans doute à un certain degré d'anémie. Le pouls, habituellement etit et faible et un peu accéléré, participe nécessairement à cette variabilité des ittements du cœur; mais il n'est pas exact de dire qu'il existe une fièvre lente; Lallemand a parfaitement constaté qu'il ne se déclare pas de mouvement brile, à quelque époque que ce soit, à moins de complication.

Les symptômes généraux les plus importants, ceux qui doivent spécialement tirer l'attention du médecin, sont sans contredit ceux qui dépendent des troubles e l'innervation.

Nous avons vu qu'au moment de l'émission du sperme, surtout dans les cas où s pertes ont lieu hors du moment de la miction ou de la défécation, les malades rouvent un trouble particulier, une commotion générale; en un mot, un vérible orgasme, mais que cet orgasme est suivi d'un abattement plus profond que ins les émissions volontaires, d'une sensation de vide dans la tête, d'une grande istesse, etc. Lorsque la maladie dure depuis un certain temps, et surtout lors-1'il existe des pertes pendant les excrétions urinaire et fécale, le malade éprouve 1 affaiblissement général; ses forces musculaires sont très abattues, parfois resque anéanties. La sensibilité devient souvent obtuse dans certaines parties nitées, par exemple les mains, un côté de la poitrine, l'abdomen, et cette dimiition de la sensibilité a pour caractère de changer facilement et fréquemment de ace. Quelques malades éprouvent des sensations particulières, comme un sentient de chaleur locale et même de brûlure; la sensation d'un courant d'air froid, un courant d'eau, du fluide électrique dans certaines parties, ou encore un sennent de froid général plus marqué aux extrémités, de contusion, de compression, torpeur, de formication, etc., vers le dos et les lombes. Ces phénomènes sont, reste très divers et varient beaucoup, nou seulement d'un sujet à l'autre, mais core chez le même sujet. D'après les observations de M. Lallemand, et l'examen s faits le prouve amplement, on ne saurait attribuer à une altération anatoique de la moelle épinière ces troubles nerveux si divers. Les auteurs qui, mme M. Deslandes, ont voulu trouver, dans une affection aiguë ou chronique de moelle, la cause organique de la maladie dont il s'agit ici, ont été trompés par simples coincidences.

Quelques sujets ont présenté certaines dépravations de goût; d'autres se sont aints d'avoir parfois la bouche pâteuse, amère, etc.; mais ces symptômes peu im-rtants, et liés à la gastro-entéralgie, peuvent même être regardés quelquesois comme

⁽¹⁾ LALLEMAND, loc. cit.

une simple illusion, ou du moins une expression exagérée de sensations inigifiantes de la part de sujets tombés dans l'hypochondrie. Il en est de même de a perte ou de la diminution de l'odorat dont quelques uns se plaignent; cependat quelques substances, et en particulier le tabac, ont assez fréquemment pour est d'affecter péniblement l'odorat et le goût, en même temps qu'ils produisent de effets généraux. C'est ainsi que le tabac détermine bien plus fréquemment de ces malades, que chez tout autre, les signes d'intoxication qui lui sont propres.

L'ouie et la vision finissent par participer à l'affaiblissement général, et la plus, la première est rendue obtuse par des bruits particuliers entendus dans et orcilles (bourdonnements, sifflements, tintements), et la seconde par des ébites sements, des contractions involontaires des muscles des yeux, etc. « Du reste. » M. Lallemand, l'affaiblissement de la vue varie, comme tous les autres sertômes généraux, suivant les individus et les périodes de la maladie. Dans le plus remarquables, la paralysie peut même augmenter au point de descripeu près complète. Je viens d'en voir encore un exemple tout récent. • Cope dant l'existence de l'amaurose est un fait rare, et, suivant la remarque de sa auteur, un des yeux est ordinairement affecté, avant que l'autre éprouve auteur altération.

La céphalalgie est un symptôme fréquent; mais il est rare qu'elle soit continue seulement on peut dire que les malades y sont très sujets, surtout quand is une personnes; cette céphalalgie consiste d'abord en une pesanteur. The gêne, un sentiment de compression, et, plus tard, en douleurs gravatives, tape et mobiles. Elle est surtout occasionnée par l'insomnie, les digestions laboriement une contention d'esprit. M. Lallemand a constaté que cette douleur de tête n'ét pas plus un symptôme d'inflammation du cerveau ou de ses membranes, que le douleurs du tronc et des membres ne le sont d'une affection de la moelle épine.

Le sommeil est léger, peu réparateur, et, lorsque la maladie a fait de grade progrès, les malades se lèvent plus fatigués qu'au moment où ils se sont conchés surtout lorsqu'ils ont en des évacuations séminales. Dans les premiers temps, sont des rêves érotiques, pendant lesquels ont lieu ces évacuations; plus tard, a sont des rêves essrayants, de véritables cauchemars; ensin, dans la période la plus avancée, il peut y avoir une insomnie complète. « Alors, dit M. Lallemand. « malheureux passent très souvent toute la nuit à s'agiter sans pouvoir trouver apposition passable, à se découvrir et à se recouvrir, à se lever et à se recondes: tantôt ils se promènent avec agitation, ou ils se roulent sur leur lit comme in surieux, comme des aliénés; tantôt ils tombent dans le morne assassement désespoir; ils ont par instants tout le corps brûlant et la tête en seu; ils sentes leurs artères battre sur leurs oreillers, puis ils se trouvent glacés et couverts d'un sueur froide.

» Pendant l'obscurité de ces longues nuits sans repos, leur imagination se nos rit des souvenirs les plus tristes, les plus humiliants; leur pensée revient sans ces aux projets les plus sombres, les plus extravagants. C'est alors surtout qu'ils se poursuivis par les plus violentes tentations de suicide.

Ces angoisses, cette agitation extrême durent jusqu'au jour: alors quelque uns tombent dans un sommeil lourd et pénible; « mais, ajoute l'auteur, ceut que ont la sorce de se lever se hâtent d'aller respirer l'air frais du dehors. •

1) ans le jour, au contraire, les malades sont plongés dans une torpeur fatigante, aquelle ils cherchent à échapper par tous les moyens.

Les auteurs qui se sont occupés du sujet que je traite ont tous remarqué un entire de symptômes qui se reproduit à des intervalles variables, et qui ne peut être porté qu'à des congestions vers la tête, congestions qui sont quelquesois asses tes pour faire craindre une attaque d'apoplexie. Elles sont caractérisées par l'inction de la face, l'accélération du pouls, sa précipitation, son irrégularité, quoite l'artère présente un défaut de résistance marqué, la céphalalgie l'embarras de parole, un bégaiement momentané, des étourdissements, la faiblesse des jambes, es chutes. Ces congestions vont sans cesse en se rapprochant et alarment beauteup les malades.

Les caractère ne tarde pas à être profondément altéré. Les malades sont ibles, pusillanimes; ils n'ont aucune décision, aucune volonté, et si l'on en voit ue lques uns se lancer dans des entreprises difficiles ou affronter de grands périls, est l'impossibilité de supporter les tourments qu'ils endurent, ou le désir de en voir débarrassés par la mort, qui les pousse irrésistiblement malgré leur pusilminité. Ils deviennent froids, indifférents, égoïstes, occupés uniquement de eurs souffrances, comme le sont tous les hypochondriaques. Ils sont irritables, rascibles, tristes, découragés, faisant souffrir tout ce qui les entoure, et cepenant se disant persécutés.

Le dégoût de la vie et les idées de suicide, que j'ai signalés plus haut, viennent ompléter ce tableau de l'hypochondrie propre aux individus affectés de pertes éminales. J'ai sous les yeux une observation recueillie par M. le docteur Lisle, lans laquelle le penchant au suicide, chez un sujet d'ailleurs très pusillanime, était el qu'il s'exposait aux intempéries, aux courants d'air, etc., dans l'espoir de se lonner une maladie mortelle. J'ai dit plus haut comment d'autres sont portés à le donner la mort par des moyens qui paraissent terribles à tout le monde et qui loivent l'être bien davantage à leurs yeux.

Cet état n'est pas continu dans les premiers temps de la maladie; parfois on voit es sujets sortir de leur torpeur et de leur tristesse, et alors ils sont souvent remarquables par l'excès de leur gaieté, par leur confiance, par leur expansion. Ces changements sont presque toujours le résultat d'une amélioration passagère de l'état local, et ne durent pas plus qu'elle. A une époque avancée de la maladie, on ne les observe plus.

La mémoire se perd peu à peu; la langue s'embarrasse souvent vers la fin, et ce n'est plus, comme à une époque rapprochée du début, une timidité excessive qui fait balbutier les malades, mais bien la difficulté qu'ils éprouvent à mouvoir cet organe, affaibli comme le reste du corps. Ensin en voit survenir un affaiblissement des facultés intellectuelles, leur obtusion presque complète, et ce symptôme paraît souvent d'autant plus remarquable, que le sujet avait montré jusqu'au début de la maladie une intelligence très grande et beaucoup d'activité d'esprit.

L'altération des facultés intellectuelles peut aller jusqu'à la folie. C'est un fait dont je me suis assuré plusieurs sois à la maison de santé du Gros-Caillou, et dont pourront se convaincre tous ceux qui s'occupent des maladies des aliénés, s'ils veulent bien saire les recherches nécessaires. C'est, du reste, un point très important sous le rapport du traitement, et que je rappellerai à l'article Folie.

A mesure que les symptômes précédents se succèdent, un dépérissement giain se manifeste. Le corps maigrit de plus en plus, jusqu'à ce que l'on observe un tentable marasme; ce qui n'a lieu qu'au bout d'un temps fort long, lorsqu'on n'a ma fait pour arrêter la marche de la maladie et lorsqu'elle tend à une terminaise fatale. La face pâlit; les yeux sont excavés, languissants, ternes; les traits su effilés; les cheveux tombent; en un mot, on voit apparaître tous les signes d'un nutrition languissante, absolument incapable de réparer les pertes fréquents: liqueur séminale.

Tel est le tableau des symptômes si multipliés assignés par les auteus en pertes séminales involontaires. Le sujet est si neuf et si important, que c'est de faire perdre à cette description tout son intérêt que d'en supprimer quelques détal C'est, je le répète, une grande question de pratique, qu'il fallait nécessaires étudier à fond.

Suivant M. B. Phillips (1), ces symptômes ne se produisent que dant cas où les malades entretiendraient leur spermatorrhée par la masturbation. Un je le répète, les faits qu'il cite ue sont pas concluants, parce qu'il n'a pas mis o côté, dans son appréciation, les cas nombreux où il n'y avait que de simple pollutions nocturnes, peu fréquentes, chez des sujets jeunes et trop contronents; de telle sorte qu'au lieu d'être une maladie, ces pollutions n'étaits qu'un acte physiologique utile à la santé. J'ai eu, pour ma part, dans l'intervalle de la première et de la seconde édition de cet ouvrage, l'occasion de voir un nombre assez considérable de sujets chez lesquels de véritables pollutions morbides nocturnes et diurnes produisaient un plus ou moins grand nombre ces symptômes.

§ IV. – Marche; durée; terminaison.

Ayant décrit les symptômes dans l'ordre dans lequel ils se présentent, j'ai prode chose à ajouter sur la marche de la maladic. Nous avons vu que naturelleme elle offre une grande irrégularité au début : tantôt, en effet, les symptômes se mettrent très intenses, et tantôt ils s'améliorent notablement suivant des circonstant très diverses. Plus tard ces améliorations deviennent de plus en plus rares, jusqu'e ce qu'enfin elles ne se montrent plus, et l'assection sait des progrès continuels.

La durée de la maladie est toujour's très considérable et ordinairement d'un grain nombre d'années. Celle des diverses périodes est variable suivant les sujets, et un tout suivant la fréquence des pertes séminales. Quelquesois, en esset, aux polistice nocturnes succèdent promptement les pollutions diurnes avec orgasme, suive promptement elles-mêmes de pertes pendant l'émission des urines et la désécution tandis que, chez certains sujets, on n'observe pendant très longtemps que des pollutions nocturnes et que, chez d'autres, les pollutions diurnes avec orgasme ne sui pas suivies d'écoulement de sperme pendant la miction, ou ne le sont qu'à une époque très éloignée.

La maladie n'a aucune tendance à se terminer spontanément par la guérison M. Lallemand a vu des sujets en être affectés jusqu'à cinquante et soixante aucune d'or pérer cette terminaison savorable? C'est ce qu'il est permis de croire, mais ce qu'il est permis de croire qu'il est permis de cr

⁽¹⁾ Loc. cit.

est pas prouvé, et ce qui, dans tous les cas, n'est pas général, puisque M. Lalleand a été consulté par un vieillard que des pollutions nocturnes avaient jeté dans etat le plus alarmant. D'un autre côté, il est bien rare, si même le fait existe, ue la mort puisse être attribuée uniquement aux pertes séminales; c'est une autre l'ection qui vient emporter le malade, et cette affection détermine d'autant plus cilement la mort que le sujet est plus affaibli.

§ V. - Lésions anatomiques,

M. Lallemand a décrit l'état des organes dans neuf cas rapportés au commencement de son ouvrage; mais un seul de ces cas a pu être convenablement observé, t malheureusement encore, dans ce cas, l'inspection microscopique de l'urine n'a cas été faite, ou du moins n'a pas été mentionnée. Quoi qu'il en soit, je vais indiquer rapidement les lésions signalées par M. Lallemand, me réservant de revenir ur ce point à l'occasion du diagnostic.

La prostate est, dans les cas d'inflammation aiguë, gorgée de pus concret, serme et jaunâtre, semblable à un tubercule, le tissu environnant restant sain; l'inslammation plus avancée y laisse pour traces une insiltration de pus ou de matière pulacée; plus tard, on peut saire sourdre le pus par les conduits excréteurs, il y a des abcès disséminés, ou bien la prostate, doublée et triplée de volume, contient beaucoup de matière purulente. L'inslammation chronique peut avoir détruit une partie de cet organe, avoir causé l'ukération de ses sollicules muqueux, l'avoir réduit à une simple coque criblée de trous.

On trouve également des traces d'inflammation aiguë ou chronique dans les canaux éjaculateurs, les vésicules séminales, les canaux déférents, les testicules et même les tissus environnants: par exemple, le tissu cellulaire qui sépare la vessie du rectum et le péritoine voisin. Les conduits éjaculateurs se sont montrés dilatés, isolés, comme disséqués par l'inflammation suppurative. On a trouvé les vésicules séminales déformées, cartilagineuses, osseuses, pleines de pus concret, et contenant du sperme altéré. Des lésions analogues se sont montrées dans les conduits urinaires depuis l'urètre jusqu'aux reins; mais il suffit de les indiquer et de dire qu'elles appartiennent toutes à l'inflammation aiguë ou chronique.

Il est bien évident que des lésions semblables ne doivent pas exister chez le plus grand nombre des sujets affectés de pertes séminales, et que, dans les cas qui viennent d'être cités, celles-ci ne doivent être regardées que comme un symptôme secondaire d'affections extrêmement graves par elles-mêmes. Tout ce qu'on peut en induire, c'est qu'un certain degré d'inflammation, qui doit être assez léger, puisque, comme nous le verrons plus loin, il cède très facilement à des moyens très simples, est la condition organique nécessaire de la spermatorrhée. On ne peut toutefois se dissimuler l'insuffisance des recherches anatomo-pathologiques sur ce point.

§ VI. - Diagnostie; pronostie.

Nous voici parvenus à la partie la plus importante de cet article. Il ne s'agit de rien moins, en effet, que de juger, d'après les observations, si dans les différents cas rapportés par M. Lallemand et les auteurs qui l'ont précédé, on avait affaire à une véritable perte spermatique ou à une autre maladie.

Pour arriver à un résultat positif, il faut nécessairement se rappeler la divine importante que j'ai établie au commencement de l'article. Car on conçoit sachment que les doutes qui peuvent s'élever sur une forme de la maladie, la spermetorrhée proprement dite, par exemple, pourraient très bien ne pas atteindre le autres formes. Il est malheureux que les auteurs, et M. Lallemand en particules. n'aient pas été convaincus de cette nécessité. Au lieu d'analyser chaque obserntion et de donner, sinon dans toutes, du moins dans les principales, les résult. détaillés de l'examen attentif du liquide rendu, ils se sont contentés d'indepd'une manière sommaire l'aspect, la consistance, quelquesois l'odeur des départes trouvés dans les urines; et si M. Lallemand a ajouté plus tard à ces indication a description plus exacte et l'étude microscopique du liquide particulier rendu ra les urines, c'est presque uniquement d'une manière générale, sans application à recte aux cas divers, et ordinairement sans tenir compte des pollutions au dgasme que les malades avaient pu avoir avant l'inspection, de telle sorte que me ne trouvons pas dans son ouvrage la démonstration rigoureuse qu'il eut pu s'e cilement nous donner. Quelques détails feront mieux sentir ce que j'avance.

D'abord on ne peut mettre en doute l'existence des pollutions nocturnes parnues au point de constituer une véritable maladie. Les faits rapportés par les ateurs, et ceux que chaque médecin a pu observer, ne laissent aucune incertura
à cet égard. Chez certains sujets, ces pollutions nocturnes deviennent telles.
habituelles que les plus grandes précautions ne peuvent les en préserver.

M. Lallemand en a rapporté des exemples évidents. Dans ces cas, outre les reseignements fournis par les malades qui nous apprennent que ces polluta
ayant d'abord lieu avec un orgasme assez fort pour les réveiller, ont fini pre
produire sans que le malade endormi en eût la conscience, nous avons l'estar
de la liqueur émise, qui détruit toute objection, d'autant plus que le liquide no
mêlé à aucune autre substance qui puisse donner lieu à l'erreur. Les observateont toujours constaté, dans ces cas, les caractères propres du sperme.

Les pollutions diurnes qui ont lieu hors de la miction et de la désection. qui s'accompagnent d'un certain orgasme, sont plus difficiles à concevoir, et et pendant l'examen des faits ne laisse pas plus de doute sur leur existence que se celle des précédentes. Il est des sujets qui, à la vue d'un objet qui excite kur désirs, qui éveille leur imagination, ont une érection avec éjaculation; des d'autres l'érection est incomplète et l'éjaculation n'a pas moins lieu; chez d'autres il suffit d'un simple attouchement. J'ai connaissance de plusieurs saits de ce gran et sans doute il est peu de praticiens qui n'aient eu occasion d'en voir. Lau qu'a cités M. Lallemand ne donnaient aucune prise à l'erreur, et c'est ici k ... de rappéler l'observation qui m'a été communiquée par M. le docteur Lisk. dans laquelle le sujet, parfaitement éveillé, à la suite d'un trouble particules? d'une espèce de commotion générale, se sentait mouillé par un liquide de l'odeur caractéristique, la couleur, la consistance, ont pu être parsaitement consistance, ont pu être parsaitement consistance. tées, de manière à ne pas permettre de douter que ce fût du sperme. I emême + servateur m'a cité un fait semblable récemment recueilli, et qui présente cel « remarquable, que, comme le précédent, il se rapporte à un sujet affecté d'or monomanie suicide qui s'était manifestée par des tentatives terribles.

Les cas de ce genre ont encore l'avantage de ne laisser aucun donte sur la se-

pas mêlé à des produits morbides qui peuvent provenir de la vessie, de l'urêtre, d'un abcès prostatique; aussi toutes les fois qu'on a pu l'examiner, lui a-t-on reconnu toutes les qualités et rien que les qualités de la liqueur séminale. Cette seconde forme fort importante, et dont l'étude suffirait seule pour donner un très haut degré de valeur aux travaux des auteurs qui se sont occupés de ce sujet, et surtout à l'ouvrage de M. Lallemand, ne peut donc soulever aucune discussion relativement au diagnostic.

C'est par conséquent la spermatorrhée proprement dite qui présente seule des difficultés de diagnostic, et qui peut laisser quelques incertitudes sur son existence. Les raisons que l'on peut faire valoir pour la soutenir sont : 1° que cette affection survient assez souvent en même temps ou après des pollutions nocturnes et diurnes plus ou moins répétées; 2° qu'à la fin de l'émission des urines, plusieurs sujets éprouvent une sensation particulière vers le périnée; 3° qu'au même moment il s'écoule par l'urêtre une matière plus ou moins visqueuse, dans laquelle on a fréquemment trouvé des animalcules spermatiques, des globules ou des corps sphéroïdes brillants; 4° que plus la durée de cet état morbide se prolonge, plus le dépérissement et les symptômes qui accompagnent les évacuations exagérées de liqueur séminale font des progrès sensibles. Ces motifs sont, comme on le voit, d'un très grand poids; mais peuvent-ils remplacer une démonstration plus directe? Je ne le pense pas. Combien n'eût-il pas été plus concluant de suivre toutes les phases de la maladie, et de nous en montrer les progrès en s'éclairant de l'inspection microscopique, non pas d'une manière générale, mais chez les divers malades en particulier.

Voici, en effet, les objections qu'on peut élever : 1° On dit que la spermatorrhée survient après des pollutions nocturnes et diurnes, ou, pour mieux dire, dans le cours de ces pollutions qui sont très fréquentes; mais ne peut-on pas admettre que le sperme trouvé dans les urines provient de ces pollutions? On le peut d'autant plus, que, suivant M. Lallemand lui-même, il y a désormation de la prostate. déviation des conduits éjaculateurs, en un mot, diverses lésions qui peuvent empêcher l'éjaculation de se faire convenablement, et déterminer la rétention d'une certaine quantité de sperme, qui s'échappera ensuite avec les urines. Mais on ajoute : 2º que la quantité de matière rendue à la fin de l'émission des urines est considérable. Cette preuve n'est pas aussi concluante qu'on pourrait le croire au premier abord. Dans les dissérents cas cités, il y avait soit une cystite aiguē ou chronique, soit une inslammation de la prostate, et l'on sait que ces maladles donnent lieu à une sécrétion morbide qui s'échappe surtout à la sin de la miction, et qui forme des dépôts dont les caractères ne dissèrent pas sensiblement de ceux qui sont mentionnés dans les observations. Une analyse très rigoureuse des faits aurait pu seule lever ces disficultés. On dit ensuite,: 3" que les malades éprouvent, au moment de la sortie de cette matière, une certaine sensation qui a son siège vers le périnée. Or, ne pourrait-on pas attribuer cette sensation à ce simple passage d'une matière muqueuse ou muco-purulente sur des surfaces irritées, enflammées, et surtout à la contraction nécessaire pour cette émission, dans des parties ainsi altérées? Un autre argument, c'est que : 4" des animalcules, des globules, des corps brillants existent dans la matière ainsi rendue, et que parfois cette matière a les autres qualités du sperme. Je ferai d'abord remarquer que malheureusement ces circi a stances ne sont presque jamais mentionnées dans les observations; que preque toujours ou se contente d'indiquer un dépôt blanchâtre, visqueux, sanieux, seide. semblable au résidu d'une décoction d'orge ou de riz; et j'ajouterai que beaucia. d'observateurs ne sont pas encore parsaitement convaincus que les globole. surtout les corps brillants, soient des animalcules atrophiés. Quant aux cas ou animalcules existent d'une manière évidente, ne sont-ils pas, dans un cart... nombre de cas du moins, le résultat de pollutions nocturnes ou diurnes pendant lesquelles il y aurait eu émission interne? Plusieurs observateurs. M. Donné (2) entre autres, ont trouvé des animalcules spermatiques dans r urines, après de semblables pollutions, et après le coît. Enun, quant à l'argunqui consiste à dire qu'après ces évacuations il survient un dépérissement etcsymptômes semblables à ceux que déterminent les évacuations excessives de spra. on peut répondre que ce dépérissement et ces symptômes sont communs à bacoup de maladies chroniques, qu'ils sont ceux de la gastralgie intense, de l'imchondrie, qu'elle qu'en soit la cause, et que l'existence d'une affection quelces: des vojes urinaires, si elle est grave, peut en donner raison.

Ces objections que je présente ne sont pas saites, on le pense bien, dans le sin, but de critiquer; elles en ont un plus important et plus utile : c'est celui de proquer des explications qui sassent passer dans tous les esprits une conviction que tous les praticiens sont loin de partager; et je serais heureux si M. Lalienza répondait à cette demande par l'analyse rigoureuse des saits, telle qu'on la désirer; car personne plus que moi n'est pénétré de l'importance de la que tion.

Ce qui prouve d'ailleurs que cette étude rigoureuse serait bien loin d'être inu: c'est que, dans l'ouvrage de M. Lallemand, on trouve des saits dont l'exeattentif démontre que le diagnostic de la maladie n'est pas, dans un certain nom: de cas, si sûr que les hommes les plus habiles ne puissent prendre pour une sematorrhée une affection toute dissérente. Personne n'est évidemment mieux pa que cet auteur pour éviter toute espèce d'erreur. Eh bien, qu'on examine la cotième observation du Traité des pertes séminales, et l'on verra que des se ptômes qui s'appliquent tous à une glucosurie, et qui ne peuvent s'applique qu'à cette maladie, d'ailleurs reconnue, ont été regardés comme des signe > spermatorrhée. La méprise était bien excusable, sans doute, puisque, d'une part. il y a de nombreux points de ressemblance symptomatique entre la glucostr et les pertes séminales, et que, de l'autre, les symptômes de la première de ... affections, ainsi que son mode de production, n'étaient pas encore parsaiteur appréciés à l'époque où écrivait l'auteur (1839); mais il n'en résulte pas me que la spermatorrhée n'est pas une affection telle qu'il suffise d'énoncer l'estence des pertes séminales, et qu'on ne saurait trop accumuler les preuves.

Si maintenant je voulais exprimer mon opinion sur ce point en litige, je dirais q malgré les impersections de la démonstration que j'ai dû saire ressortir, il risa

(2) Cours de microscopie; Paris, 1844, p. 275.

⁽¹⁾ On n'a pas oublié que, par le mot pollution, j'entends l'émission du sperme, avec un tain organne et hors du moment de la miction, et que je réserve le nom de spermatour her per ment dite à l'écoulement involontaire du sperme pendant cet acte isolé ou pendant la défection.

pour moi des faits précédents, que l'existence de la spermatorrhée proprement dite est aujourd'hui bien démontrée; mais que, selon toutes les apparences, on a exagéré un peu la fréquence de cette maladie.

Du reste, il n'y a dans tout cela, pour un bon nombre de cas du moins, qu'une manière dissérente d'interpréter la maladie; car si l'on n'admet pas l'écoulement du sperme pendant la miction même, il faut bien admettre des pollutions nocturnes et diurnes très nombreuses et très faciles, lorsqu'avec le microscope on a trouvé des animalcules dans le dépôt urinaire. Cette manière de voir, qui laisse à l'assection toute son importance, dissère beaucoup de celle que j'ai publiée il y a quelques années; et cependant, alors comme aujourd'hui, je crois ne m'être prononcé que d'après les faits. Dans la première partie de son ouvrage, M. Lallemand, non seulement n'avait pas présenté les résultats de l'inspection microscopique du dépôt urinaire, mais, dans aucun cas même, il n'avait trouvé à ce dépôt aucun des caractères spéciaux du sperme; ses propres observations parlaient contre lui. Dans les observations suivantes, et dans quelques faits qui m'ont été communiqués, ou que j'ai observés moi-même, j'ai trouvé, outre les preuves irréfragables de l'existence des pollutions diurnes, un grand nombre de motifs d'admettre la spermatorrhée proprement dite; je me suis empressé d'en faire mon profit, et d'attirer l'attention des médecins sur ce point de pratique qui leur paraîtra bien plus important encore lorsque j'aurai fait connaître les détails et les résultats du traitement

La description que j'ai donnée de la matière rendue par les malades me dispense d'exposer en détail le diagnostic dissérentiel de cet écoulement et de ceux d'une autre nature qui peuvent se saire par l'urètre. Je me contente d'ajouter que les écoulements urétraux n'ont pas lieu seulement dans certains moments, et que la matière ne s'échappe pas en masse comme dans la spermatorrhée, mais d'une manière continue et en petite quantité à la sois.

Est-il plus nécessaire de rechercher quelles sont les affections qu'on pourrait consondre avec les pertes séminales? Je ne le pense pas. Ce seraient, en effet, la la gastralgie, la gastro-entéralgie, l'hypochondrie; mais il n'y a réellement pas de dissérences, puisque ces dernières affections constituent les symptômes généraux de la spermatorrhée. Il ne s'agit donc que de rechercher la cause de ces états pathologiques, et il sussit de dire que, chez tous les sujets qui présentent ces maladies accompagnées d'un dépérissement sensible, on doit interroger l'état des voies urinaires, et examiner avec soin le liquide excrété, ce qui réduit le diagnostic à l'exploration décrite plus haut au sujet des symptômes. Les mêmes réslexions s'appliquent à la glucosurie, qui présente en outre des signes particuliers caractéristiques: l'abondance des urines, le sucre qu'elles contiennent, etc., etc. (1).

Il serait, par conséquent, inutile d'insister sur ce diagnostic, qui n'exige pas de tableau synoptique.

Pronostic. Le pronostic de la maladie varie suivant son espèce et l'époque plus ou moins avancée où elle est parvenue. Les pollutions nocturnes, même très fréquentes, n'ont généralement pas de gravité réelle; mais si on ne leur oppose les moyens appropriés, elles sont suivies de pollutions diurnes toujours graves. Celles-

⁽¹⁾ Voy. Glucosurie, ou diabète sucré.

ci, en esset, occasionnent un dépérissement, une prostration extrêmes, et souver le désespoir, avec tendance irrésistible au suicide. La spermatorrhée proprenet dite est bien plus grave encore : elle expose les jours du malade. Toutesois il sant ajouter que la prompte essicacité du traitement, dans la presque totalité des cas prouve que l'assection n'est pas aussi daugereuse que l'état général des sojets pour rait d'abord le saire croire.

§ VII. - Traitement.

Quelque opinion qu'on se fasse sur la nature de la principale forme de la mabdic qui nous occupe, on ne peut s'empêcher, en présence des faits nombreux de servés par M. Lallemand, de reconnaître que ses recherches l'ont conduit à trèspher, par un traitement que je vais exposer avec détail, de maladies longementes, désespérantes, et, sous ce rapport, il a évidemment rendu un seréclatant. Des sujets profondément débilités, incapables d'aucune occupation rieuse, parfois poussés irrésistiblement au suicide et présentant des symptomévidents de folie, ont été rendus à la santé, à la tranquillité d'esprit, à les travaux; ce serait une grande injustice de dénier de si beaux succès. Rieu ne donc plus intéressant pour le praticien que la thérapeutique de cette affection.

Pour mettre dans l'étude du traitement un ordre convenable, il faut, and M. Lallemand, passer en revue les divers moyens mis en usage suivant les caus de la maladie.

Lorsque l'affection est occasionnée par lu présence des oxyures dans le rechance que l'on reconnaît aux démangeaisons excessives produites par ces vers des cette partie, à la rougeur du pourtour de l'anus, et souvent, comme je l'ai èriplus haut (1), à la vue de ces petits animaux, on peut d'abord mettre en use l'eau froide. • On peut, dit M. Lallemand, commencer par la température à 25 degrés centigrades, pour descendre ensuite à 15 et même à 10. Il import d'introduire autant d'eau que possible, afin qu'elle atteigne les parasites plus éloignés de l'anus, et qu'elle détache avec plus de force ceux qui sont exert adhèrents. Les douches ascendantes ont, sous ce rapport, un grand avantez puisqu'elles ne sont qu'un lavement prolongé, d'une action continue et très ésergique. C'est surtout le soir, cinq ou six heures après le dernier repas, qu'il me vient de prendre ces injections froides et copieuses, parce que c'est l'heure à laquit les ascarides descendent avec les matières fécales dans la partie inférieure de se intestin. »

Plus tard, on peut prescrire le lavement suivant :

Prendre de cette solution la quantité suffisante pour un grand lavement. On doit recommander au malade de le garder queique temps.

M. Lallemand recommande ensuite les lavements avec des infusions d'armais à tannisie, d'absintée, de sauge et surtout de sautoline blanche; il recommande à de ne pas prescrire les infusions trop concentrées, et pendant plus de deux ou projours de suite, de crainte de déterminer dans le rectum une irritation qui pours

[&]quot;1" Yoy. Oxymes.

avoir pour effet d'augmenter momentanément les pertes. Si les ascarides ne sont pas complétement détruits, on reprend les lavements après avoir laissé reposer l'intestin pendant quelques jours; si l'excitation était trop prononcée, les lavements émollients, ou avec la décoction de pavot, en feraient promptement cesser les symptômes.

Suivant cet auteur, les onctions d'onguent mercuriel recommandées par M. Cruveilhier ont l'inconvénient de ne pas pouvoir être portées assez haut, et par conséquent de ne pas détruire tous les oxyures.

Les injections avec une solution de deutochlorure de mercure ont leur efficacité, mais il ne faut pas dépasser la proportion suivante :

24 Deutochlorure de mercure..... 0,05 à 0,010 gram. Eau 1 litre.

M. Lallemand craint qu'une plus grande proportion ne détermine cette irritation du rectum dont je viens de parler.

On peut prescrire encore les lavements purgatifs, huileux, les injections d'euux sulfureuses, et aussi les divers anthelmintiques que j'ai mentionnés à l'article Oxymes (1), soit en les portant dans le rectum, soit en les administrant par la bouche.

Comme anthelmintique donné à l'intérieur, M. Lassemand conseille principalement le calomel à la dose de 40 à 60 centigrammes, si l'estomac peut le supporter. Les autres mercuriaux, comme les pilules de Plenck, de Sédillot, agissent de la même manière; mais c'est assez insister sur ce point : il sussit d'avoir indiqué la cause aux praticiens, pour qu'ils trouvent promptement les moyens de saire cesser son action.

M. Lallemand a cité un assez grand nombre de faits qui prouvent que la médication anthelmintique a assez souvent suffi seule pour mettre un terme aux pertes séminales; mais on n'est pas moins souvent obligé d'avoir recours à d'autres moyens, parce que la maladie, ne dépendant pas toujours d'une cause unique, a besoin d'être attaquée de plusieurs manières à la fois.

Lorsque la maladie est due à une affection dartreuse (herpes praputialis, eczenia, etc.) fixée à l'anus, sur le prépuce, sur le périnée, et à plus forte raison occupant en même temps tout le corps, on prescrit les eaux sulfureuses à une température moyenne, ainsi que les autres moyens reconnus comme efficaces dans ces maladies et que je ne mentionnerai pas ici, parce que j'aurai à les faire connaître en détail lorsque je traiterai des maladies de la peau.

Quand la maladie a été primitivement causée par l'accumulation de la matière sébacée entre le prépuce et le gland, si le prépuce n'est pas trop long on son ouverture trop étroite, il suffit des soins ordinaires de propreté pour dissiper l'irritation locale et les pollutions qui en résultent. M. Lallemand a cité plusieurs faits qui prouvent l'efficacité de ce traitement si simple. Mais si le prépuce est dans les conditions que je viens d'indiquer, ce qui est le cas le plus ordinaire, on ne doit pas hésiter à en pratiquer l'excision. La même opération doit être faite lorsque cet état du prépuce empêche les médicaments d'agir convenablement

⁽¹⁾ Voy. art. Oxyures.

contre les affections dartreuses. Pour qu'elle ait toute son efficacité, il ne sant passe contenter d'une simple incision, mais enlever circulairement le prépute.

L'auteur que je cite a rapporté plusieurs cas dans lesquels l'existence d'une se philis constitutionnelle ayant été reconnue, la maladie a cédé au traitement aute syphilitique. Ce n'est pas ici le lieu d'exposer ce traitement qui a sa place ailleure je me contenterai de dire que, suivant M. Lallemand, il faut agir avec ménagment, ne pas forcer les doses des médicaments mercuriels, et ne pas employer le sudori fiques, qui auraient l'inconvénient d'augmenter la faiblesse des malades.

Si l'affection reconnaît pour cause un rétrécissement du canal de l'urier. comme on en a cité plusieurs exemples, c'est contre ce rétrécissement que divent être dirigés les moyens chirurgicaux. M. Lallemand signale à ce sujet le se convénients de la dilatation prolongée, d'où résulte une irritation fâcheuse le prostate et du col de la vessie, et l'insuffisance de la dilatation opérée en préjours. Cependant cette dernière lui paraît préférable; mais il met au-deus cautérisation avec le nitrate d'argent, à l'aide d'une sonde appropriée bien caus aujourd'hui. Tous ces moyens, du reste, et tous ceux qui ont été encore directors les rétrécissements de l'urètre, peuvent être mis en usage suivant le caus la la consque le rétrécissement occupe l'ouverture de l'urètre, et même quand les situé à 2 ou 3 centimètres de profondeur, M. Lallemand conseille l'incism à l'aide d'un bistouri boutonné.

Nous avons vu que l'affection est assez souvent causée primitivement profuzion hémorrhoidaire ou de véritables hémorrhoides. C'est une indication qui faut se garder d'oublier; mais j'ai exposé avec trop de détails, dans un article procédent (1), le traitement de cette maladie pour qu'il soit nécessaire d'y revenir ni J'en dirai autant de la constipation, qu'il est toujours important de faire cest M. Lallemand conseille aussi de détruire les brides formées par d'anciennes contrices aux environs de l'auus, et de faire l'opération de la fistule à l'anus si ku l'exige.

Dans certains cas, la production de la maladie peut être attribuée à un étal y-néral de faiblesse et d'atonie. « Les pertes séminales qui peuvent dépendre d'un atonie générale, à la suite de quelque maladie grave, sont, dit M. Lallemand, estimament rares et ne présentent guère d'autres indications que celles des contraccences difficiles. On peut seulement joindre aux moyens généraux les plus proprié relever les forces quelques uns de ceux qui agissent plus spécialement suir organes de la génération, comme l'eau de Spa unie à des vins généreux étair rés, la plupart des gommo-résineux, la cannelle, le gingembre, des mets intérépicés, du gibier, des viandes noires et faisandées, etc. » J'ajoute que, mêmi des cas où ces moyens ont paru le mieux indiqués, il a fallu souvent, pour assir la guérison, en employer d'autres choisis parmi ceux que j'ai mentionnés phaut ou dont je vais parler.

Si l'atonie paraît bornée aux parties génitales, les moyens locaux sont prébles, et M. Lallemand place en première ligne le galvanisme, qui lui a parfaiter réussi dans des cas graves. On place un des pôles de la pile sur les lombes et l'a sur le pubis, et l'on produit des secousses dont le nombre doit être déterminé,

¹ Vov. art. Hemoreholdes.

médecin, suivant le degré de la maladie. Si l'on veut a girplus vivement, on peut ppliquer sur le périnée la plaque qu'on avait d'abord appliquée sur le pubis; mais n doit surveiller attentivement les effets du traitement, car on a à craindre les ontractions spasmodiques des vésicules séminales. L'appareil de Clarke, et surtout elui des frères Breton, sont préférables à la pile ordinaire pour cette application e l'électricité. A l'aide d'une sonde, on pourrait porter le courant électrique sque dans la vessie; mais ce procédé ne doit être employé qu'avec circonspection t dans les cas d'atonie très rebelle.

Les divers aphrodisiaques fort souvent employés, à cause de l'impuissance dans quelle tombent les malades, sont sévèrement proscrits par M. Lallemand, qui sur a vu toujours produire de mauvais essets; ce qui se conçoit sacilement, puis-u'ils ont pour principal résultat de provoquer des émissions de sperme, déjà trop équentes. Ainsi il rejette le phosphore, les cantharides à l'intérieur, et même s vésicateires volants recommandés par Sainte-Marie.

L'ergot de seigle, mis d'abord en usage par un médecin italien et administré nsuite par M. Lallemand, est au contraire un moyen qui a eu des avantages marués dans quelques cas, bien que dans d'autres il ait complétement échoué ou même it eu pour résultat d'augmenter les pertes séminales. C'est donc un médicament u'on peut essayer, mais en surveillant son emploi de manière à pouvoir l'abanonner dès qu'on lui verra produire de mauvais effets. On donne le seigle ergoté à dose de 0,50 à 0,90 et même 1,50 gram. successivement, suivant les cas.

M. le docteur Jarowitz (1) a rapporté des cas de guérison par ce moyen qu'il e donnait qu'à la dose de 20 à 40 ou 50 centigram. par jour. Mais comme il mployait en même temps d'autres moyens, ses observations ont besoin d'être ré-étées.

Dans les cas de spermatorrhée avec impuissance, M. le docteur Duclos, de ours (2), a prescrit avec succès l'extrait alcoolique de noix vomique de la maière suivante:

24 Extrait alcoolique de noix vomique. 5 gram.

Divisez en 100 pitules, à administrer comme il suit :

Pendant cinq jours, une pilule chaque soir.

Les cinq jours suivants, une le matin, deux le soir.

Pendant cinq autres jours, deux le matin, deux le soir.

Pendant cinq autres jours encore, deux le matin, trois le soir.

Et ainsi de suite, jusqu'à ce que le malade en prenne huit par jour : quatre à lois le matin, quatre le soir.

Quelques malades ont pris, sans accident, jusqu'à quatorze pilules par jour.

Quand la chose est possible, M. Duclos ajoute à sa prescription le liniment suiant:

7 Teinture de noix vomique, at 60 gram. Teinture de cantharides... 15 gram.

Pour frictions sur les lombes et la partie interne et supérieure des cuisses.

⁽¹⁾ Loc. cit.

⁽²⁾ De l'emploi de la noix vomique dans l'impaissance et la spermat. (Bull. gén. de thér., in 1849).

M. Wutzer (1) recommande contre la spermatorrhée qui s'accompagne de finblesse éréthistique des organes génitaux, les pilules suivantes:

24 Acide phosphorique sol... 4 gram. Poudre d'éc. de quinquina... 4 gram. Camphre broyé...... 1,20 gram. Extrait de cascarille...... Q. s.

Faites des pitules de 0,10 gram., et roulez-les dans de la poudre de cannelle. A prodre cinq trois fois par jour.

Je n'ai pas pu prendre connaissance des faits qui déposent en faveur de ca. préparation; c'est au praticien à l'expérimenter.

Il semblerait que les bains froids, les bains de mer, dussent agir favorablement sur cette atonie locale; mais les faits rassemblés par M. Lallemand promotes constamment qu'ils ont de mauvais effets, qu'ils n'empêchent pas les pertes débilitent une économie déjà trop faible, qu'on ne saurait les conseiller. Les applications froides ont moins d'inconvénients, mais n'ont pas plus d'avants le n'en est pas tout à fait de même des douches froides sur l'hypogastre, les met et le périnée; car dans des cas cités par Sainte-Marie et M. Lallemand, ele été suivies de succès. Elles agissent sans doute principalement par la perces a produite par l'eau tombant d'une certaine hauteur sur les parties.

Les boissons froides, des fragments de glace, le lait glacé, etc., ont proutiles, et ce résultat ne doit pas nous étonner, puisque dans la gastro-entirité dans laquelle l'état des malades se rapproche beaucoup de celui que nous ne décrit plus haut, ces moyens ont de bons effets.

On peut joindre encore à ces moyens les ferrugineux, les toniques, les afrigents, les excitants généraux, en un mot les divers médicaments que sount a matière médicale pour le traitement des affections avec atonie.

M. le docteur Cambuzy, de Namur (2), a cité un cas de pertes séminales du nes à chaque garde-robe, guéri par l'usage de l'eau de Spa.

Mais je n'insiste pas sur ces remèdes, parce que j'ai eu maintes et maintes le l'occasion d'en parler avec détail, et que leur application dans les cas dont il sa ici n'offre rien de particulier. D'ailleurs, je le répète et il ne faut pas le perdre vue, il est bien rare que l'atonie existe seule, et qu'aux moyens propres à la cautériste en particulier. Je me contente donc d'ajouter que, dans des cas où il existe a très grande sensibilité de la muqueuse génito-urinaire, les meilleurs toniques suivant M. Lallemand, les oléo-résineux, et surtout le copahu, qu'il faut donc i doses lentement croissantes, en commençant par une petite quantité. La téritime et l'eau de goudron peuvent être commencées à plus haute dose, 30 à 4000 tigrammes pour la première, deux cuillerées à bouche dans un demi-verte d'appour la seconde; on augmente ensuite progressivement les doses.

La susceptibilité nerveuse que présentent la plupart des sujets affectés de presentent la plupart des sujets affectés de presentent la plupart des sujets affectés de presentent séminales involontaires doit être considérée, sous le point de vue du traitement bien plutôt comme un résultat inévitable que comme la cause de la maladie; se les moyens qu'on a dirigés contre ce symptôme n'ont-ils qu'une importance le secondaire : ce sont les opiacés et les antispasmodiques, sur lesquels on trouve

⁽¹⁾ Voy. Bull. gén. de thér., 15 sept. 1849, t. XXXVII, p. 220.

⁽²⁾ Arch. de méd. milit. belge, 1810.

us les détails nécessaires à l'article Gastralgie. Je me borne à dire que M. Lalleand n'a obtenu aucun bon effet du camplure, qui, dans beaucoup de cas, a, au intraire, été nuisible.

Je ne fais que mentionner les rubé fiants sur l'épigastre, l'introduction répètée la sonde dans la vessie, qui a eu quelquesois de bons esses, mais pas assez ur compenser les inconvénients qu'elle présente; et l'acupuncture, par laquelle. Lallemand a réussi à dissiper des douleurs très vives des testicules et du corme. J'ai hâte, en esset, d'arriver à la cautérisation, qui doit être regardée comme moyen par excellence, et qui est nécessaire dans la très grande majorité des cas. Lallemand l'a bien senti, car il a insisté longuement sur ce moyen thérapeuque, le plus puissant et le plus généralement utile, suivant ses expressions, et il tentré dans tous les détails de son application. Ce que j'ai de mieux à faire est, ir conséquent, d'extraire de son ouvrage ce que les praticiens ont le plus indisensablement besoin de connaître.

CAUTÉRISATION DE LA PORTION PROSTATIQUE DE L'URÈTRE.

- « Avant de procéder à la cautérisation, il est indispensable, dit M. Lallemand (1), sonder le malade pour prendre la longueur exacte du canal, et pour vider implétement la vessie.
- * En retirant lentement la sonde pendant que l'urine s'écoule, on voit le jet s'arler quand les ouvertures, placées à l'extrémité, rentrent dans le canal; il remmence quand ces ouvertures pénètrent de nouveau dans la vessie. La verge
 tant alors tendue, si l'on applique le pouce et l'indicateur sur l'instrument, au
 iveau du gland, on peut juger de la longueur du canal par l'intervalle qui se
 ouve entre les doigts et les yeux de la sonde. Il est inutile de mesurer cette disnce, qui donne exactement la longueur de l'urêtre; mais il faut aussitôt la transprer avec précision sur le porte-caustique, et l'y conserver d'une manière invaable. Il suffit, pour cela, d'appliquer les yeux de la sonde contre l'extrémité
 ivaire du porte-caustique, et de fixer au niveau des doigts un curseur mobile sur
 tube. Ce curseur est rendu fixe par une vis de pression, et n'a pas d'autre usage
 ue d'indiquer la longueur du canal.
- De cette manière, quand le porte-caustique a pénétré dans l'urètre, jusqu'à ce uc le curseur touche le gland, la verge étant exactement dans le même état d'alngement que pendant le cathétérisme, il est évident que l'extrémité olivaire du orte-caustique doit être où se trouvaient les yeux de la sonde au moment où l'on pris la mesure du canal, c'est-à-dire au niveau du col de la vessie, position qu'il aporte à l'opérateur de connaître exactement, comme on va le voir.
- » La vessie doit être vidée complétement, asin qu'il ne pénètre pas d'urine aus le tube du porte-caustique quand il arrive dans cette cavité, et qu'il n'en asse pas non plus dans le canal pendant la cautérisation.... Il est probable que us d'une cautérisation a manqué son esset parce que le nitrate d'argent avait été élayé par l'urine avant ou pendant l'opération....
- » Je ne décrirai pas le porte-caustique courbe, dont je me sers depuis vingt 18, puisqu'il est tombé dans le domaine public; mais je dois signaler les vices de

¹⁾ Des pertes séminales involontaires ; Paris, 1842, t. 141, p. 392.

construction que j'ai remarqués sur beaucoup de ceux que j'ai vus, même des les meilleurs ouvriers de Paris.

- » En général, le renssement qui termine la cuvette est trop sphérique et tre petit. Cette petite boule s'applique très exactement coutre l'ouverture du tube, e la ferme comme serait une soupape.... Il résulte d'abord de cette disposition que la membrane muqueuse, sortement appliquée sur la surface de la cuvette, pendant la cautérisation, risque beaucoup d'être pincée entre l'ouverture du tube et crepetite boule, quand l'opérateur serme l'instrument pour le retirer: de sorte qu'il en arrache alors quelques petits sambeaux. En donnant à ce renssement plus de volume et une sorme olivaire plus allongée, on rend cet accident tout à sait repossible.
- D'un autre côté, il faut que le volume de ce rensiement dépasse de beauxir le calibre du tube, car l'opérateur n'a pas d'autre guide pour savoir quaix porte-caustique pénètre dans la vessie. Il peut bien juger que l'extrémité de strument arrive près du col vésical, en voyant le curseur sixé sur le tube approdu du gland; mais il a besoin qu'une sensation nette lui apprenne positivement quaix cette extrémité pénètre dans la vessie, et cette sensation lui est sournie par secousse qu'éprouve sa main, au moment où le rensiement de l'olive sauxile col.
- En retirant ensuite légèrement le porte-caustique, il éprouve quelque réstance pour faire rentrer ce rensiement olivaire dans le canal : c'est alors seulement qu'il est certain que la cuvette chargée du nitrate d'argent correspond à la surfair inférieure de la prostate, sur laquelle viennent s'ouvrir les canaux éjaculateurs. Pour que cette sensation lui serve de guide sùr, il faut donc que le milieu de a rensiement olivaire soit beaucoup plus gros que le calibre du tube....
- » Pour que cette dissérence de volume soit très sensible, il ne faut pas que tube du porte-caustique ait le calibre des plus grosses sondes d'argent, comme jus ai vu beaucoup; car le rensement olivaire ne pourrait pas franchir le gland. » bien il ne dépasserait pas le calibre du tube... Il ne faut pas non plus que l'instrument soit trop petit, car il pénétrerait trop facilement dans la vessie, et l'operateur n'éprouverait pas la moindre secousse en franchissant le col; il ne sentue pas non plus de résistance en voulant faire rentrer ce rensement olivaire dans canal, et c'est cependant cette résistance qui doit lui servir de guide au mourt de pratiquer la cautérisation....
- » La plupart des ouvriers s'attachent à bien polir la cavité de cette cuvette : il c résulte que le nitrate d'argent n'adhère pas assez aux parois, et peut se détacher r totalité ou en partie pendant la cautérisation. Il faut, au contraire, que l'intéries de la cavité soit rugueux, chagriné comme la surface d'une lime.
- A cette occasion, je ferai observer que le nitrate d'argent doit être fondu dra la cuvette, à la flamme d'une lampe à esprit-de-vin, de manière à couler comme l'huile, et à présenter, après son refroidissement, une surface unic. Tant que reste en grenaille, il se détache facilement en fragments. Quand il s'est boursoul de manière à dépasser çà et là le niveau de la cuvette, les parties saillantes es cassées par le tube quand on ferme l'instrument, et tombent ensuite quand et l'ouvre. Il faut donc le faire refondre jusqu'à ce qu'il ne fasse qu'une seule manière. Au reste, il est toujours bon, avant de s'en servir, de fermer et d'ouvre

sieurs fois le porte-caustique d'une manière brusque, pour s'assurer que rien peut se détacher. »

- Dense avec lui, et tous les praticiens seront de cet avis, que : « il en est de la ntérisation comme des opérations les plus simples, dont les résultats diffèrent vant la manière dont elles sont pratiquées, » et qui donnent souvent lieu à des cidents graves par cela seul qu'on a négligé des précautions regardées comme p minutieuses. Voici maintenant comment M. Lallemand décrit la cautérisation; s détails n'ont pas moins d'importance que les précédents.
- Le malade doit être couché pendant la cautérisation; assis ou debout, il est pins sixe; les déplacements du bassin peuvent être plus brusques, plus étendus, qu'il importe beaucoup d'éviter: l'opérateur lui-même est moins à son aise, oins sûr de ses mouvements.
- » A mesure que l'extrémité de l'instrument approche du col de la vessie, le urseur, fixé sur le tube, arrive près du gland; la sensibilité du canal augmente : 'est alors que l'agitation du malade tend à s'accroître, et devient plus fâcheuse. 'faut la laisser tomber, et redoubler d'attention, pour saisir le moment où le enflement olivaire pénètre dans la vessie. On doit ensuite le retirer lentement ontre le col, le maintenir dans cette position, saisir le mandrin d'une main, aire remonter le tube de l'autre, et promener très rapidement le caustique, mis découvert, à la surface du lobe inférieur de la prostate. Aussitôt après, il faut sire rentrer la cuvette dans le tube, et retirer lentement l'instrument fermé. »
- M. Lallemand insiste ensuite beaucoup pour que la cautérisation soit faîte en un nstant indivisible, et il attribue à la cautérisation trop prolongée, et dont on seut calculer la durée à l'aide d'une montre, un grand nombre d'accidents qui ent suivi cette opération entre des mains inexpérimentées. Sous ce rapport, on ne seut que se rendre à son expérience; et d'ailleurs il ne serait pas possible d'apprécier convenablement le traitement qu'il propose, si l'on ne s'assujettissait à toutes es précautions qu'il regarde comme indispensables pour le succès. J'ajoute qu'ayant plusieurs sois pratiqué cette opération, j'ai suivi rigoureusement les règles tracées par M. Lallemand, et je n'ai eu qu'à m'en applaudir.

SUITES DE L'OPÉRATION, ET TRAITEMENT QU'ELLES RÉCLAMENT.

- Pendant deux ou trois jours, dit M. Lallemand, l'émission des urines est fréquente, douloureuse et accompagnée de quelques gouttes de sang; mais ces symptômes se dissipent bientôt, à moins de quelque imprudence. J'ai vu la douleur persister pendant dix jours, et même plus; mais les malades avaient commis des écarts de régime, ou s'étaient fatigués trop tôt; ils avaient fait de longues courses à pied ou de petits voyages en voiture, ou bien encore ils s'étaient exposés longtemps au froid, à l'humidité, etc., peu de temps après l'opération...
- » Tant que dure la période inflammatoire, les pertes séminales sont augmentées plutôt que diminuées. L'amélioration ne commence à devenir sensible que du moment où la résolution s'opère : on n'en peut guère juzer avant le douzième ou le quinzième jour ; elle peut se faire attendre plus longtemps s'il survient une recrudescence de l'inflammation, au moment où le malade se croyait dispensé de

toute réserve. C'est surtout contre les désirs vénériens qu'il faut le primu. lorsque les érections se manisestent avec énergie.

Ces remarques doivent être toujours présentes à l'esprit du médecin, car la presistance, l'augmentation des pertes séminales, et, par conséquent, des accident qu'elles produisent, engagent trop souvent à renouveler trop tôt la cautérisale, de là de nouveaux accidents, une nouvelle aggravation de la maladie, et l'insue complet de l'opération. « Dans aucun cas, dit M. Lallemand, on ne peut atten d'effet curatif de la cautérisation avant quinze jours au plus tôt : il fant le passer un mois environ pour en juger définitivement... »

"Dans les premiers jours qui suivent la cautérisation, le malade doit per des bains, des lavements, des boissons adoucissantes, suivre une diete le végétule, afin de rendre les urines aussi aqueuses que possible; il doit s'abset de toute fatigue, et se préserver soigneusement du froid. »

Il est un cas particulier dans lequel la spermatorrhée se complique de la conduits éjaculateurs, de telle sorte que dans les circonstances promet ment mentionnées, le sperme, au lieu de s'échapper par l'urêtre, se prime arrière dans la vessie, pour être ensuite évacué avec les urines. « En pareil ce, a dit M. Lallemand, coutérisé surtout au-devant de la prostate; c'est-à-dir quaprès avoir parcouru rapidement sa surface, depuis le col de la vessie, j'a an l'instrument beaucoup plus longtemps sur la portion membraneuse de l'ante et je ne l'ai fermé qu'au niveau du bulbe.

Telle est cette opération, dont les succès remarquables sont constatés date a plupart des cas rapportés par M. Lallemand. Chez les sujets affectés de politique nocturnes fréquentes et de pollutions diurnes avec orgasme, presque toujour seule cautérisation suffit; et s'il n'en était pas ainsi, une seconde, pratique bout d'un ou deux mois, mettrait un terme à la maladie. Les mêmes résultation montrés dans la spermatorrhée proprement dite, et quelque opinion qu'a soit faite sur un certain nombre de cas de l'affection que j'ai désignée par cette n'en est pas moins vrai, on ne saurait trop le répéter, que des sujets man une vie misérable, et pour ainsi dire séparés de la société, ont été rendus per moyens à une existence agréable et utile. J'ai obtenu moi-même de senda résultats. Ce serait donc une négligence coupable, de la part du médecin, que pas se mettre promptement à même de reconnaître et de traiter convenable.

Les boissons émollientes, une diète lactée, les adoucissants, les bains, que le avons vu employer après la cautérisation, sont mis en usage chez les sujet : présentent une grande irritation des voies génito-urinaires.

Régime. Quant au régime à suivre, il doit être très léger dans les peutemps du traitement, et dans la convalescence on doit passer progressivement lentement des aliments légers aux aliments substantiels.

Un exercice convenable, des précautions indispensables contre le froid et midité, et lorsque les forces sont revenues, les bains frais, et surtout les birricière, complètent le traitement.

Récidives. Il est remarquable que dans cette affection les récidives sont rares. On aurait pu penser le contraire, d'après la nature de la maladic. Cela sans doute à ce que les causes déterminantes organiques ont été pour tours raisses de la maladic.

étruites, et surtout à ce que les malades, sur leurs gardes, ne s'exposent plus ux influences pernicieuses qui ont produit la première atteinte de leur mal; il est nême à craindre qu'ils pe toinhent dans un excès contraire, car, parmi les causes le récidive, on trouve la trop grande continence, qui a été notée quelquesois. Comme c'est ordinairement le malade qui s'est volontairement imposé cette coninence, par suite de ses appréhensions, le médecin doit être informé du fait, pour pouvoir l'éclairer sur ce point.

M. Lallemand s'est longuement étendu sur le traitement prophylactique; mais il me suffit de dire ici que les moyens qu'il propose sont presque tous mis en usage contre la masturbation ou les excès vénériens. Les causes de pertes séminales étant une fois bien connucs, chaque praticien trouvera facilement ce qui convient pour prévenir cette affection, s'il se trouve dans des circonstances où il pourra espérer d'atteindre ce but.

Résumé. Je n'ai point à revenir longuement sur les détails qui précèdent, pour faire apprécier l'importance comparative des divers traitements que j'ai exposés. Quelques mots suffiront. Chaque cas en particulier doit être étudié avec soin, pour reconnaître quels sont les moyens particuliers qui lui sont applicables; mais, de tous ces moyens, le plus efficace, celui qui procure le plus grand nombre de guérisons solides et durables, c'est la cautérisation pratiquée avec toutes les précautions indiquées par M. Lallemand.

RÉSUMÉ SUMMAIRE DU TRAITEMENT.

Contre les oxyures: anthelmintiques; antipsoriques; dans les cas où il y a accumulation de matière sébucée entre le gland et le prépuce: lotions savonneuses, excision du prépuce; antisyphilitiques; traitement du rétrécissement de l'urètre; antihémorrhoïdaux; laxatifs, toniques, amers, ferrugineux, astringents, excitants généraux; ergot de seigle; noix vomique; boissons froides, glace; opiacés, antispasmodiques; introduction répétée de la sonde dans la vessie; cautérisation; émollients, adoucissants; régime.

Il n'est point d'autre maladie de la prostate ou des vésicules séminales qui doive trouver place ici. On a signalé, il est vrai, une espèce d'engouement spermatique, suite d'une continence trop prolongée; mais cet état morbide n'est pas assez connu pour qu'il soit possible d'en parler avec connaissance de cause.

FIN DU TOME TROISIÈME.

TABLE DES MATIÈRES

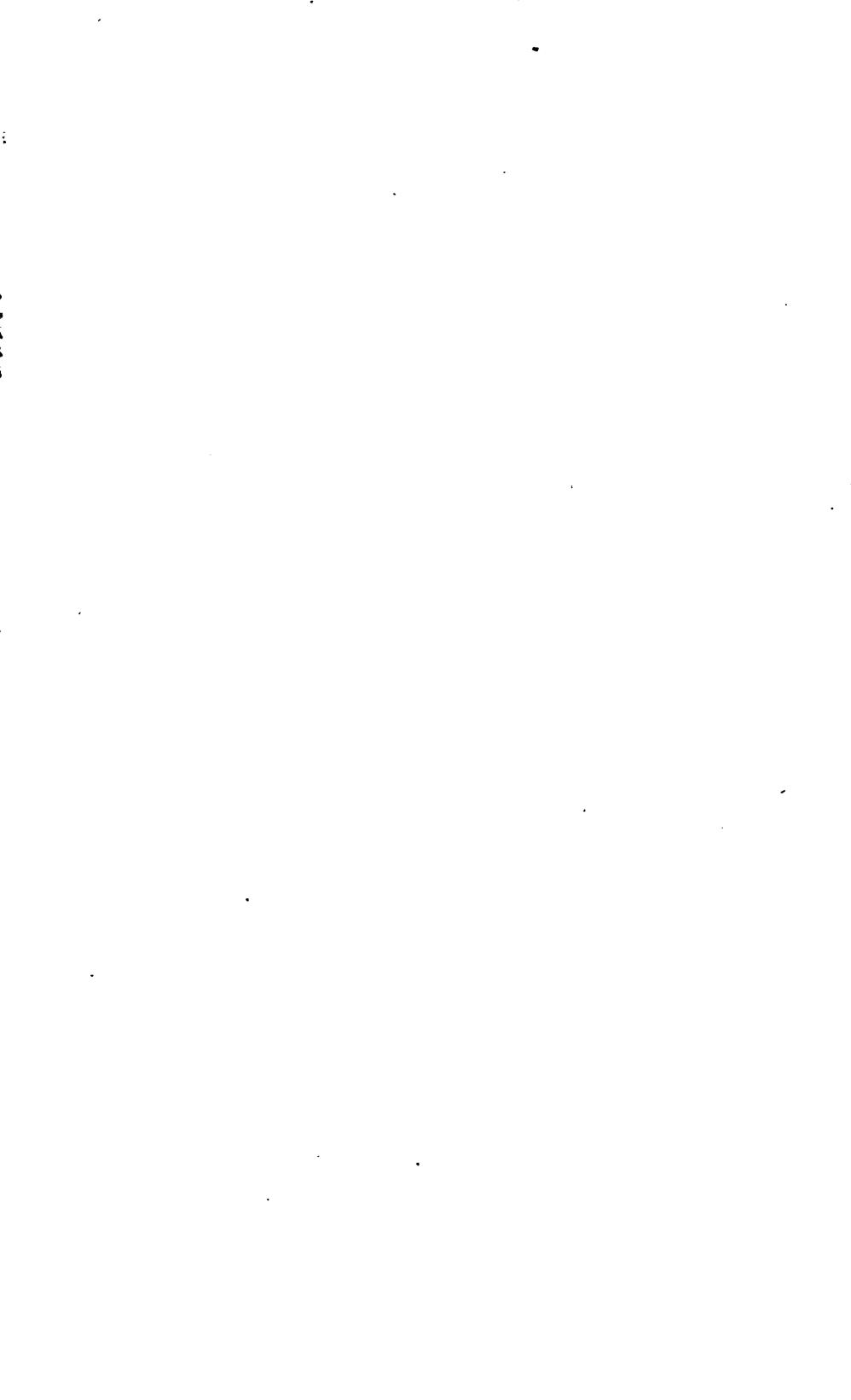
CONTENUES DANS LE TROISIÈME VOLUME.

LIVRE TROISIÈME.	į	Préparations mercurielles
MALADIES DES VOIES DIGESTIVES (SUILE).	Boissons, lavements, affusions
CliAP, VI. Maladies des intestins	1	d'eau froide
ART. I. ENTÉRORRUAGIE	ibid.	Résumé
Définition; synonymie; fréquence.	2	Régime
Causes	ibid.	ART. V. DYSSENTERIE CURONIQUE
Symptômes	3	ART. VI. DIARREÉE
Marche; durée; terminaison	4	Ant. VII. Enterornee
Lésions anatomiques	ibid.	ART. VIII. PERFORATION; RUPTURE M
Diagnostic; pronostic	ibid.	L'INTESTIN
Traitement	5	ART. IX. RÉTRÉCISSEMENT DE L'INTE-
ART. II. ENTÉRITE	6	TIN
§ I. Définition; synonymie; fré-		Symptômes
quence	ibid.	Diagnostic
§ II. Causes	7	Traitement
1° Causes prédisposantes	ibid.	ART. X. ETRANGLEMENT INTERNE
2° Causes occasionnelles	ibid.	Causes
§ III. Symptômes	ibid.	Symptômes
Entérite des nouveaux-nés	9	Marche; durée; terminaison
§ IV. Marche; durée; terminaison.	10	Lésions anatomiques
§ V. Lésions anatomiques	11	Diagnostic; propostic
§ VI. Diagnostic; pronostic	ibid.	Traitement
§ VII. Traitement	12	ART. XI. INVAGINATION DE L'INTESTIN.
ART. III. ENTÉRITE CHRONIQUE	14	Définition; synonymie; fréquence.
ART. IV. DYSSENTERIE	ibid.	Causes
§ I. Définition; synonymie; fré-		Symptomes
quence	15	Marche; durée; terminaison
§ II. Causes	16	Lésions anatomiques
1° Canses prédisposantes	ibid.	Diagnostic; propostic
2º Causes occasionnelles	ibid.	Traitement
§ III. Symptômes	18	ART. XII. CANCER DE L'INTESTIN
1° Dyssenterie non fébrile	ibid.	Causes. — Symptomes
2° Dyssenterie fébrile	20	Cancer de l'S iliaque et du rec- tum
Complications § IV. Marche; durée; terminaison.	21	Marche; durée; terminaison
§ V. Lésions anatomiques	22	Lésions anatomiques. — Diagnos-
§ VI. Diagnostic	24	tic. — Traitement
§ VII. Traitement	25	Art. XIII. Enteralgie
Emissions sauguines	ibid.	Causes. — Symptômes
Narcotiques	ibid.	Diagnostic
Purgatifs	26	Traitement
Vomitifs	28	ART. XIV. COLIQUE NERVEUSE; COLIQUE
Astringents	ibid.	VÉGÉTALE
Toniques	29	§ I. Définition; synonymie; fre-
Nitrate d'argent	ibid.	quence
Diaphorétiques	ibid.	§ II. Causes
Eau albumincuse	30	§ III. Symptômes
Moyens divers	ibid.	§ IV. Marche; durée; terminaison.

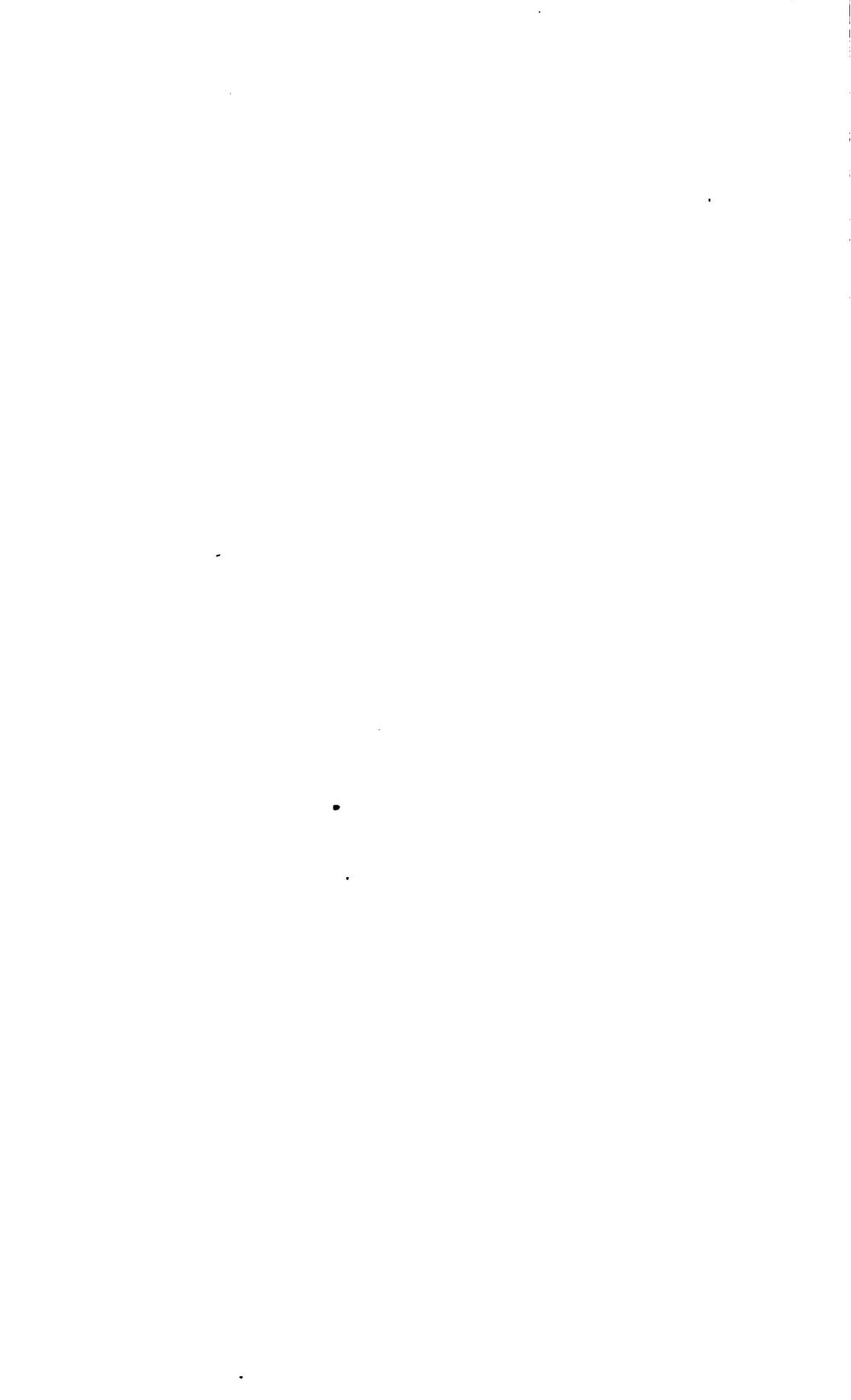
V. Lésions anatomiques	ibid.	Trailement du bourrelet hémor-	
VI. Diagnostic; pronostic	ibid.	rhoidal étranglé et de la gan-	
VII. Traitement	62	grène consécutive	ibid.
r. XV. Flatuositės intestinales	63	3° Moyens divers	101
Traitement	ibid.	4° Moyens pour rappeler les hé-	
T. XVI. TYMPANITE	64	morrhoïdes	102
Causes; symptômes; marche	ibid.	ART. XIX. VERS INTESTINAUX	103
Diagnostic; traitement	65	§ I. Ascarides lombricoldes	104
AT. XVII. CONSTIPATION	66	Description du ver	ibid.
I. Définition; synonymie; sré-		Causes	ibid.
quence	ibid.	Causes prédisposantes	ibid.
II. Causes	ibid.	Causes occasionnelles	105
III. Symptômes	ibid.	Symptômes	ibid.
IV. Marche; durée; terminaison.	67	Accidents produits par les ascarides	
V. Lésions anatomiques	68	lombricoIdes	106
VI. Diagnostic	ibid.	Migrations des vers	107
VII. Traitement	ibid.	Marche; durée; terminaison	108
RT. XVIII. Hemonrhoides	71	Lésions anatomiques	ibid.
§ 1. Définition; synonymic; fré-		Diagnostic; pronostic	ibid.
quence	ibid.	Traitement	110
§ II. Causes	72	Mousse de Corse	ibid.
1º Causes prédisposantes	ibid.	Semen-contra	ibid.
2° Causes occasionnelles	74	Vomitis; purgatis	111
§ III. Symptômes	77	Armoise; absinthe; suic	ibid.
§ IV. Marche; durée; terminaison.	84	Moyens divers,	112
§ V. Lésions anatomiques	ibid.	Huile empyreumatique de Chabert.	ibid.
§ VI. Diagnostic; pronostic	86	Régime	ibid.
§ VII. Traitement	89	§ II. Oxyures vermiculaires	113
1" Traitement curatif. — Ilémor-		Description du ver	ibid.
rhoides récenles	ibid.	Causes; siége	ibid.
Emissions sanguines	ibid.	Symptômes	ibid.
Purgatifs	ibid.	Diagnostic; pronostic	114
Astringents	90	Traitement	ibid.
Hémorrhoides anciennes	91	Suie; cau froide; absinthe	ib id.
Extirpation	ibid.	Ail; assa fœtida	115
Ligature des tumeurs	ibid.	Eau de chaux; sulfure de potasse.	ibid.
Cautère actuel	ibid.	Onguent mercuriel; pommade au	
Caustiques	92	calomel	ibid.
Excision unie à la ligature	93	§ III. Trichocéphale	115
Excision	ibid.	§ IV. Tænia ou ver solitaire	116
Hémorrhagie consécutive	ibid.	Description du tænia solium	ibid.
Tamponnement	94	Description du bothriocéphale	ibid.
Traitement de la cicatrisation in-		Siége	ibid.
complète	95	Fréquence	117
Traitement du rétrécissement con-	<u> </u>	Causes	ibid.
sécutif du rectum	96	Symptomes	ibid.
Incision; rescision	ibid.	Marche; durée; terminaison	119
Excision des plis radiés de l'anus.	ibid.	Diagnostic.	ibid.
2" Traitement palliatif	ibid.	Traitement	120
Trailement de la douleur	iliid.	Vomitis; purgatis	ibid.
Incision du sommet des tumeurs.	97	Mercuriaux	121
Trailement de l'inflammation	98	Méthode de Reck	ibid.
Traitement du flux hémorrhoïdal.		Fougère.	ibid.
 Moyens antihémorrhagiques. 	ibid.	Méthode de Nousser	122
Cautère actuel (Scultet)	99	Méthode de Peschier	123
Traitement de l'anémie consécu-		Racine de grenadier	ibid.
tive	ibid.	Etain	124
Trailement des fissures et des ulcé-		Poudre de gui	ibid.
ralions	ibid.	Ether sulfurique	125
Trailement de la chute du rectum	100	Méthode de Bourdier	ibid.

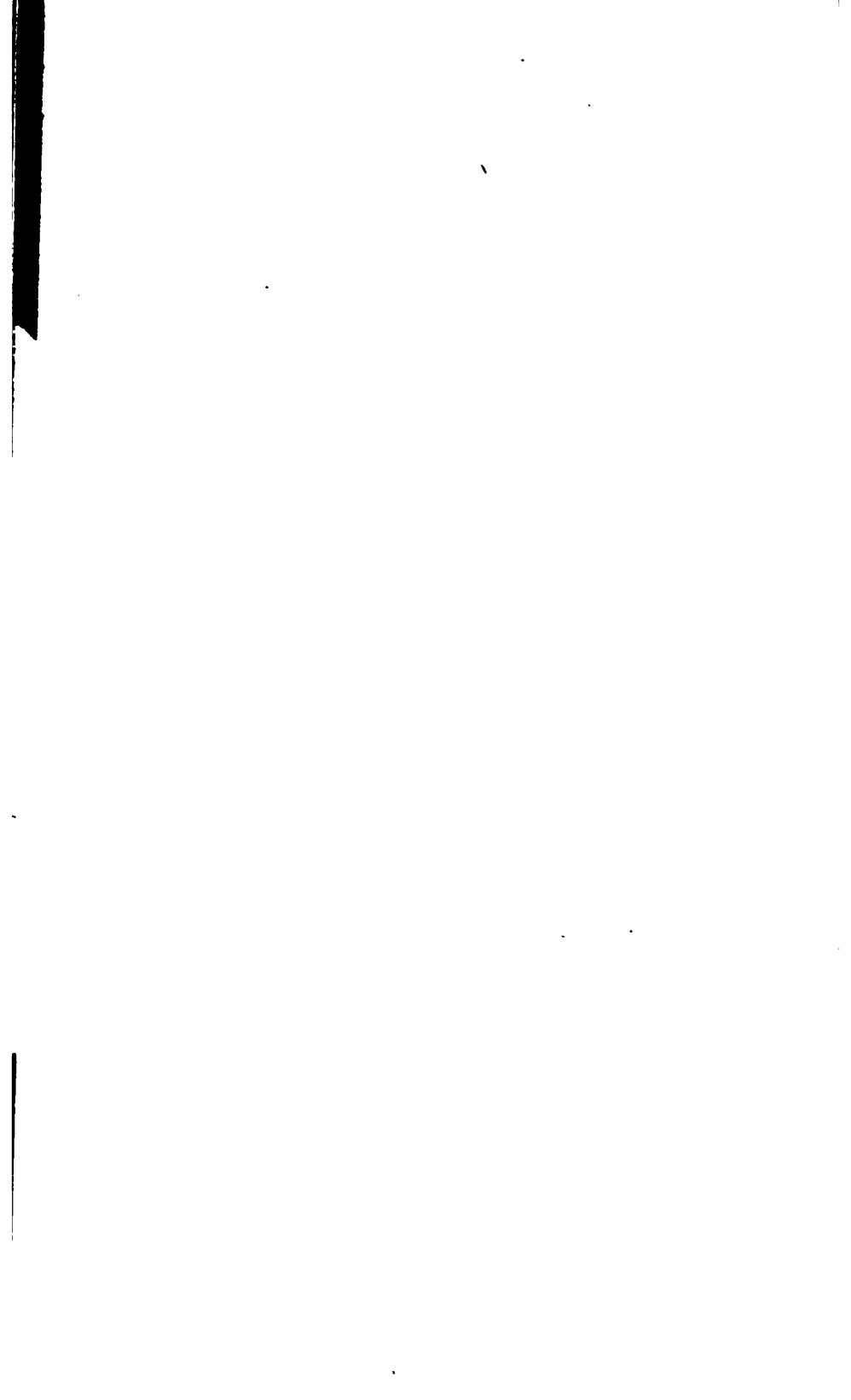
§ IV. Marche; durée; terminaison.	609	érection et plaisir	62
§ V. Lésions anatomiques	610	Pollutions diurnes avec un certain	
§ VL. Diagnostic; pronostic	ibid.	degré d'orgasme	62
§ VII. Traitement	612	Ecoulement du sperme pendant la	
Application du froid	ibid.	défécation et la miction, ou sper-	
Cathétérisme	613	matorrhée proprement dite	626
Ponction de la vessie	614	§ IV. Marche; durée; terminaison.	636
Electricité	ibid.	§ V. Lésions anatomiques	itid.
Moyens divers	615	§ VI. Diagnostic; pronostic	63
ART. VI. NÉVRALGIE DE LA VESSIE	616	§ VII. Traitement	641
§ I. Définition; synonymie; fré-	0.0	Contre les oxyures	ibid
quence	ibid.	Contre les affections dartreuses	643
§ II. Causes.	ibid.	Contre l'étroitesse du prépuce	ibid
§ III. Symptômes	617	Traitement antisyphilitique	ibid
§ IV. Marche; durée; terminaison.	ibid.	Traitement des rétrécissements de	tuig.
	618	l'urêtre	છેલી.
§ V. Lésions anatomiques	ibid.		ibid.
§ VI. Diagnostic; pronostic	ibid.	Traitement de l'atonie locale et	ww.
§ VII. Traitement	1014.		611
CHAP. VI. Maladies de la prostate	Ì	générale	646
et des vésicules séminales	619	Introduction répétée de la sonde	
		Acupuncture	ited.
ART. I. PERTES SÉMINALES INVOLONTAIRES	600	Cautérisation de la partie prosta-	:4:3
OU SPERMATORRHÉE	620	tique de l'urêtre	ibid.
§ I. Définition; synonymie; fré-	23.23	Suites de l'opération et traitement	
quence	ibid.	qu'elles réclament	619
§ II. Causes	621	Traitement dans les cas de dévia-	
1° Causes prédisposantes	ibid.	tion des conduits éjaculateurs.	ilid
2° Causes occasionnelles	623	Régime	65
§ III. Symptomes	624	Récidive	ibid
Pollutions nocturnes avec ou sans		Résumé	ibid

FIN DE LA TABLE DU TROISIÈME VOLUME.



chronique		Borner Gorner Grand Control Co
2º Traitement de l'engorgement		4° Traitement de la péritonite par
chronique		
ART. III. RUPTURE DE LA RATE		Lean technique and positions.
Symptomes		
Durée; terminaison		
Lésions anatomiques; diagnostic;		ART. II. PERITORITE CREORIQUE
traitement	271	§ I. Définition; synonymie; fre-
CHAP. IV., Maladies du paneréas	272	quence
ART. I. PANCRÉATITE		§ II. Causes
		§ III. Symptomes
1º Pancréalite aiguë		§ IV. Marche: durée; terminaisos.
Causes; symptomes		2 · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Marche; durée; terminaison; lé-		§ VI. Diagnostic; pronostic
sions anatomiques; traitement.		§ VII. Traitement
2º Pancréalile chronique		
ART. II. CANCER DU PANCREAS		2 Sameann' plumm's come, the
ART. III. CALCULS DU PANCRÉAS		quence
ART. IV. FLUX PANCRÉATIQUE		3
ART. V. KYSTES DU PANCRÉAS	ibid.	- course predisposations.
CHAP. V. Maladies du péritoine	279	
ART. I. PÉRITONITE AIGUE	ibid.	3º Conditions organiques
		§ III. Symptômes
§ I. Définition; synonymie; fré-		§ IV. Marche; durée; terminaison.
quence	280	7 . Ecolotis and total data
§ 11. Causes.		§ VI. Diagnostic; pronostic
1" Causes prédisposantes	ibid.	§ VII. Guérison spontanée de l'as-
2. Causes occasionnelles		cite
1" Péritonite simple spontanée	ibid.	§ VIII. Traitement
2" Péritonite traumatique	284	Emissions sanguines
3° Péritonite par extension de		Diurétiques
l'inflammation	ibid.	Purgatifs
4° Péritonite puerpérale	285	Vomitis; sudorifiques; aarce-
5" Péritonite par perforation ou		tiques
par rupture	286	Toniques; amers; ferrugineux
§ III. Symptômes	ibid.	Moyens divers
1º Péritonite simple spontanée	287	Scarifications; compression
2º Péritonite par extension de	200	Paracentèse
l'inflammation	290	Injections
3° Péritonite puerpérale	291	Résumé ; ordonnances
4º Péritonite par perforation ou	000	ART. IV. HYDROPISIE EREYSTÉE DE R-
par rupture.	293	RITOINE
§ IV. Marche; durée; terminaison.	296	ART. V. TYMPANITE PERITONEALE
§ V. Lésions anatomiques	298	CHAP. VI. Maladies du méscutère
§ VI. Diagnostic; pronostic	301	
§ VII. Traitement	307	ART. I. CARREAU
Emissions sanguines	ibid.	§ I. Définition; synonymie; fre-
Narcotiques; antivomitifs	308	quence
Révulsifs	ibid.	§ II. Causes
Onctions mercurielles	310	§ III. Symptômes § IV. Marche; durée; terminaison.
2° Traitement de la péritonite par		§ V. Lésions anatomiques
extension de l'inflammation	ibid.	§ VI. Diagnostic; propostic.
3° Traitement de la péritonite	ا	§ VII. Traitement
puerpérale	311	2 All Braiscincus.
Emissions sanguines	ibid.	LIVRE CINQUIÈME
Mercuriaux	312	MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRE
Vomitifs	314	
Purgatifs	315	CHAP, I. Maladies des reins
Térébenthine	ibid.	ART. I. APOPLESIE RENALE
Moyens divers	317	ART. II. NÉPHRITE SIMPLE AIGUE





§ II. Causes	535	§ VII. Traitement	581
1" Causes prédisposantes	ibid.	ART. III. CYSTITE CHRONIQUE	582
2º Causes occasionnelles	537	§ I. Définition; synonymie; sré-	
3° Conditions organiques	538	quence	ibld.
Théorie de M. Bouchardat	539		ibid.
Théorie de M. Mialhe	540	pro-upobeniosi ()	583
§ III. Symptomes	543	2º Causes oceasionnelles	ibid.
Procédé de M. Frommherz pour		§ III. Symptômes	ibid.
reconnaître la présence du sucre		NIV Marche; durée; terminaison.	ibid.
dans les urines	547	§ V. Lésions anatomiques	384
Procédé de M. Mialhe	ibid.	§ VI. Diagnostic; pronostic	ibid.
Procéde de M. Maumené	548	§ VII. Traitement.	586
§ IV. Marche; durée; terminaison.	553	Émissions sanguines	ibid.
§ V. Lésions anatomiques	554	Narcotiques	ibid.
§ VI. Diagnostic; pronostic	556 558	Copahu	ibid.
	ibid.	Térébenthine	587
Emissions sanguines	559	Injections de goudron (Dapuy-	11:3
Narcotiques	ibid.	Infections diverses	ibid.
Astringents	ibid.	Injections diverses	ibid.
Toniques; ferrugineux	560	Moyens hygiéniques	588
Vomitifs; purgatifs	ibid.	Résumé	58 9
Acides	ibid.	ART. IV. CANCER DE LA VESSIE	590
Moyens divers	361	ART. V. INCONTINENCE D'URINE	5 91
Remèdes externes	ibid.	§ I. Définition; synonymie; fré-	-01
Sudorifiques	ibid.	quence	592
Ammoniacaux	562	§ Il. Causes	ibid.
Alcelins	ibid.	1° Causes prédisposantes	ibid.
Régime	563	2° Causes occasionnelles	5 93
Traitement de M. Bouchardat	565	§ III. Symptômes	ibid.
Traitement de M. Mialbe	567	§ IV. Marche ; durée ; terminaison.	594
ART. V. HIPPURIE	569	§ V. Lésions anatomiques	595
CHAP. IV. Maladies des uretères	571	§ VI. Diagnostic; pronostic	ibid.
		§ VII. Traitement	ibid.
1° Hémorrhagie des uretères	ibid.	Traitément de l'incontinence com-	
2° Inflammation des uretères	ibid.	mençanie	ibid.
3° Calculs	ibid.	Traitement de l'incontinence d'u-	
des uretères	ibid.	rine iniermillente proprement	
5° Compression des uretères	572	dile	596
6° Dilatation des uretères	ibid.	Moyens moraux	597
· ·		Toniques; ferrugineux	298
CHAP. V. Maladies de la vessie	ibid.	Astringents	ibid. 599
ART. I. HÉMORRHAGIE VÉSICALE	573	Sabine	600
Hémorrhagie vésicale simple, spou-		Noix vomique.	ibid.
tanée	ibid.	Moyens divers	601
Hémorrhagie vésicale symptoma-		Créosote	ibid.
tique	574	Médication externe	ibid.
ART. II. CYSTITE AIGUE	575	Applications froides; bains froids.	ibid.
§ I. Définition; synonymie; fré-		Ventouses sèches; vésicatoires;	
quence	576	moxas	603
§ II. Causes	ibid.	Électricité	ibid.
1° Causes prédisposantes	ibid.	Sonde	ibid.
2° Causes occasionnelles	577	Instruments pour intercepter le	
§ III. Symptômes	578	cours de l'urine	604
1° Cystite légère	ibid.	ART. V. PARALYSIE DE LA VESSIE ET RÉ-	
2º Cystite aiguë intense	579	TENTION D'URINE	605
§ IV. Marche; durée; terminaison.	580	§ I. Définition	ibid.
§ V. Lésions anatomiques	581	§ II. Causes	606
§ VI. Diagnostic; pronostic	ibid.	§ III. Sympt/mes	608

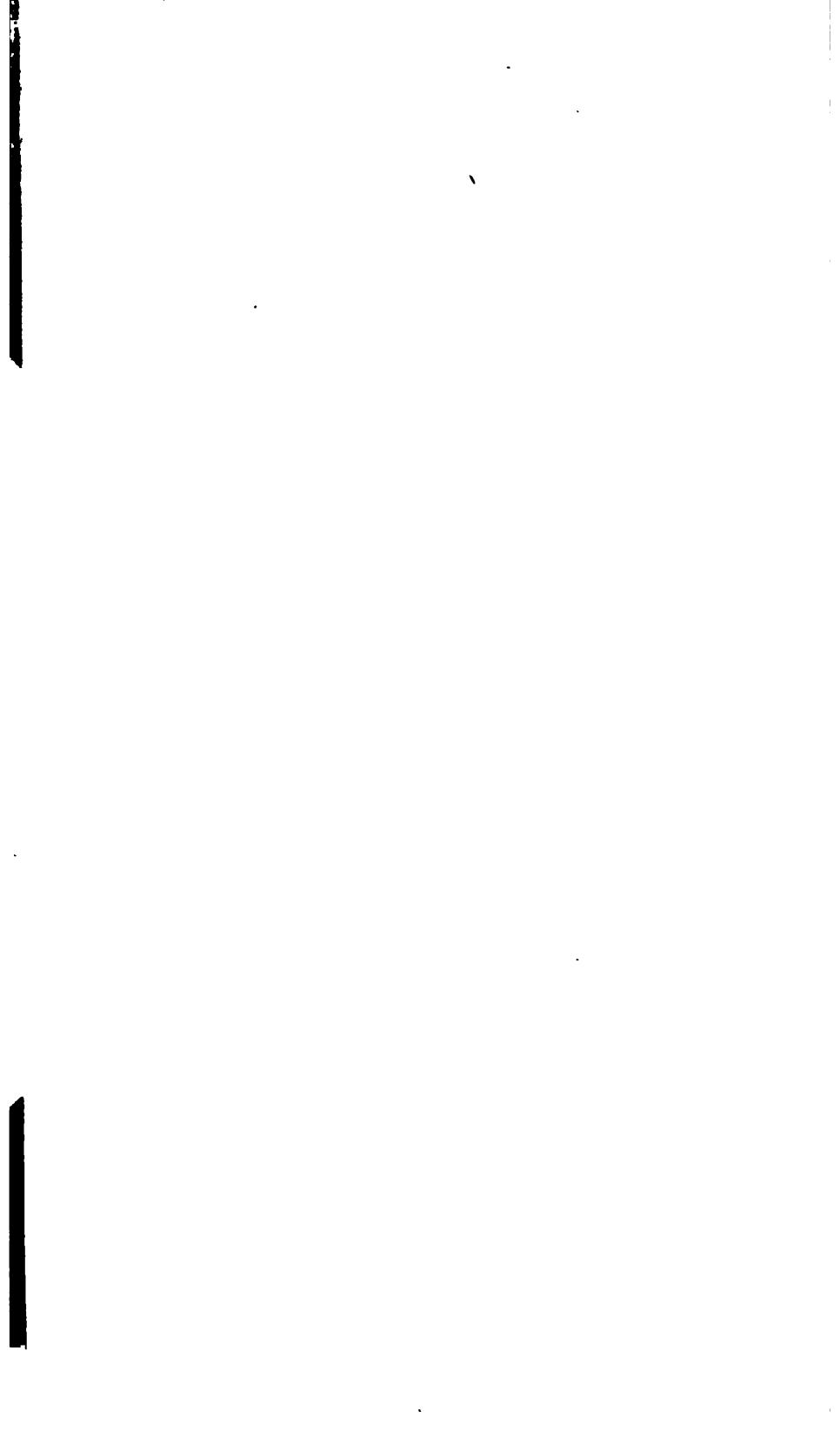
§ IV. Marche; durée; terminaison.	609	érection et plaisir ez
§ V. Lésions anatomiques	610	Pollutions diurnes avec un certain
§ VL. Diagnostic; pronostic	ibid.	_ degré d'orgasme
§ VII. Traitement	612	Ecoulement du sperme pendant la
Application du froid	ibid.	défécation et la miction, ou sper-
Cathétérisme	613	matorrhée proprement dite 35
Ponction de la vessie	614	§ IV. Marche; durée; terminaison.
Electricité	ibid.	§ V. Lésions anatomiques
Moyens divers	615	§ VI. Diagnostic; pronostic
ART. VI. NÉVRALGIE DE LA VESSIE	616	§ VII. Traitement 641
§ I. Définition; synonymie; fré-		Contre les oxyures
quence	ibid.	Contre les affections dartreuses 64°
§ II. Causes	ibid.	Contre l'étroitesse du prépuce
§ III. Symptômes	617	Traitement antisyphilitique
IV. Marche; durée; terminaison.	ibid.	Traitement des rétrécissements de
§ V. Lésions anatomiques	618	l'urètre
§ VI. Diagnostic; propostic	ibid.	Contre les hémorrhoides
§ VII. Traitement	ibid.	Traitement de l'atonie locale et
		générale
CHAP. VI. Maladies de la prostate	}	Introduction répétée de la sonde •••
et des vésicules séminales	619	Acupuncture
ART. I. PERTES SÉMINALES INVOLONTAIRES	1	Cautérisation de la partie presta-
OU SPERMATORRHÉE	620	tique de l'urêtre
§ I. Définition; synonymie; fré-	020	Suites de l'opération et traitement
quence	ibid.	qu'elles réclament
§ II. Causes	621	Traitement dans les cas de dévia-
1° Causes prédisposantes	ibid.	
2° Causes occasionnelles	623	tion des conduits éjaculateurs.
		Régime
§ III. Symptômes	624	Récidive
Pollutions nocturnes avec ou sans	1	Résumé

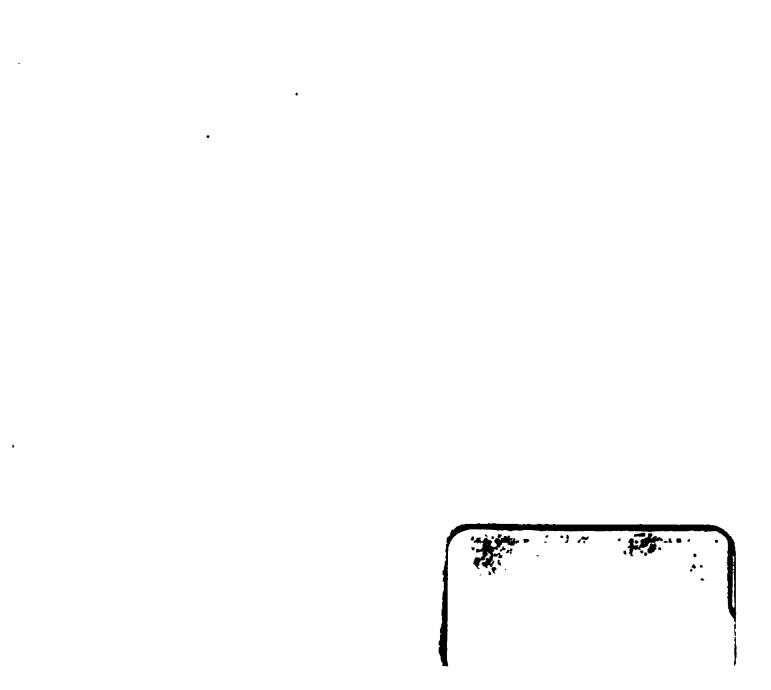
FIN DE LA TABLE DU TROISIÈME VOLUME.

	•			
			•	
		•		
				-
				,
	•			
•				
		•		

•







•

•

•

.